

## **Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten**

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

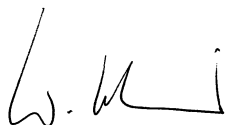
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

# Sucht im Alter

**Bedarf an spezifischen Wohnformen  
für alternde Konsumenten  
psychoaktiver Substanzen**



Hochschule Luzern– Soziale Arbeit

Miriam Rudin

Dilaver Caynak

Bachelorarbeit August 2012

**Bachelor-Arbeit**

**Sozialarbeit**

VZ 08-01

VZ 09-02

**Miriam Rudin und Dilaver Caynak**

**Sucht im Alter**

**Bedarf an spezifischen Wohnformen für alternde Konsumenten psychoaktiver  
Substanzen**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 2012 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

---

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2012

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor



## **Abstract**

Die vorliegende Bachelor-Arbeit wurde im Rahmen der Ausbildung zu Sozialarbeitenden von zwei Studierenden an der Fachhochschule Luzern – Soziale Arbeit durchgeführt.

Die Arbeit befasst sich mit der relativ neuen Thematik „Sucht im Alter“. Leitend war die Frage, ob spezifische Wohnformen für Konsumierende von psychoaktiven Substanzen in naher Zukunft notwendig werden und welche Bedingungen diese erfüllen müssten. Zu diesem Zweck wurde im Kanton Basel-Stadt eine Bedarfsanalyse durchgeführt, in deren Mittelpunkt die Konsumierenden standen.

Die aus dieser Umfrage gewonnenen Ergebnisse werden in der vorliegenden Arbeit mittels verschiedenen Theorien erörtert, erklärt und interpretiert. Als Folge davon befinden sich im letzten Kapitel der Arbeit Schlussfolgerungen und Empfehlung an den Kanton Basel-Stadt, Professionelle der Sozialen Arbeit und Tätige im Suchtbereich. Dabei wird ersichtlich, dass das Thema Alter und Sucht immer aktueller wird und sowohl aus sozialarbeiterischer als auch aus politischer Sicht weitere Fragen aufwirft.

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchten wir uns bei all jenen bedanken, die uns während des Verfassens unserer Bachelor-Arbeit unterstützt haben.

Als erstes geht unser Dank an alle Institutionen und Befragten, die uns bei der Durchführung der Forschung mit ihrer Beteiligung unterstützt haben.

Ein weiterer Dank geht an die Dozierenden der Fachhochschule Luzern – Soziale Arbeit, die uns während des Studiums das Fachwissen vermittelten, welches uns als Sozialarbeitende auszeichnet.

Bedanken möchten wir uns auch bei Dominic Frei, Damaris Chassranek und Simon Cebis für ihre Gedanken, Ideen und Tipps zu unserer Arbeit.

Besonders möchten wir uns bei unseren Eltern bedanken, die uns während des gesamten Studiums mit Rat und Tat unterstützt und unsere Launen ertragen haben.

# INHALT

<b>VORWORT DER SCHULLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>8</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>9</b>
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>10</b>
AUSGANGSLAGE .....	10
PERSÖNLICHE MOTIVATION .....	14
FRAGESTELLUNG .....	14
ZIEL DER ARBEIT .....	14
AUFBAU DER ARBEIT .....	15
BEGRIFFSDEFINITIONEN.....	16
<b>2. WOHNFORMEN FÜR ÄLTERE, HILFS- ODER PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN .....</b>	<b>23</b>
WOHNFORMEN .....	23
SITUATIONSÜBERBLICK KANTON BASEL-STADT.....	27
<b>3. ALTER UND SUCHT .....</b>	<b>34</b>
DAS ALTER.....	34
DIE SUCHT .....	36
SUCHT UND ALTER .....	40
<b>4. THEORIE .....</b>	<b>43</b>
THEORIE DES GESELLSCHAFTLICHEN WANDELS .....	43
POLITIK .....	46
ALTER .....	49
<b>5. METHODEN .....</b>	<b>52</b>
DAS SAMPLING.....	52
DIE DATENERHEBUNG.....	53
<b>6. ERGEBNISSE.....</b>	<b>58</b>
<b>7. DISKUSSION.....</b>	<b>65</b>
<b>8. SCHLUSSFOLGERUNGEN .....</b>	<b>74</b>

9.	QUELLENVERZEICHNIS .....	79
10.	ANHANG .....	82

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Altersentwicklung am Beispiel der Methadon-Patienten im Kanton Basel-Stadt .....	32
Abb. 2 Gesellschaftsbild der Modalen Strukturierungstheorie.....	44
Abb. 3 Lebensbereiche der modernen Gesellschaft .....	46
Abb. 4 Das Vier-Säulenmodell .....	47
Abb. 5 Das Würfelmodell .....	48
Abb. 6: Alter der Befragten .....	58
Abb. 7: Konsumdauer der Befragten.....	59
Abb. 8: Konsumierte Substanzen der Befragten .....	59
Abb. 9: Teilnahme an einem Methadonprogramm .....	59
Abb. 10: Teilnahme an einem Heroinprogramm .....	60
Abb. 11: Wohnsituation der Befragten .....	60
Abb. 12: Subjektiver Gesundheitszustand der Befragten .....	60
Abb. 13: Waren die Befragten schon einmal auf Pflege angewiesen? .....	61
Abb. 14: Wer hat diese Pflege übernommen? .....	61
Abb. 15: Bereitschaft der Befragten in ein Wohn- und Pflegeheim zu ziehen .....	61
Abb. 16: Bereitschaft in ein Wohn- und Pflegeheim zu ziehen in dem Konsum erlaubt ist .....	62
Abb. 17: Wunschwohnsituation im Alter .....	62
Abb. 18: Wichtigkeit des Konsums im Heim .....	62
Abb. 19: Konsum im Zimmer? .....	63
Abb. 20: Konsum in gemeinsamen Räumen?.....	63
Abb. 21: Würden Freizeitangebote genutzt werden?.....	63
Abb. 22: Gemeinsame Essenszeiten? .....	63
Abb. 23: Sollten Haustiere erlaubt sein?.....	64
Abb. 24: Lebensbereiche von Konsumierenden psychoaktiver Substanzen.....	67
Abb. 25: Das Fünf-Säulen-Modell.....	77

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Wohnformen.....	26
Tabelle 2: Übersicht Niederschwelliges betreutes und begleitetes Wohnen.....	31
Tabelle 3: Übersicht Therapieeinrichtungen.....	31
Tabelle 4: Übersicht Alters- und Pflegeheime mit Einrichtungen für Suchtkranke .....	32
Tabelle 5: Altersentwicklung der letzten drei Jahren in Methadon—und Heroingestützten Behandlungen .....	33

# 1. Einleitung

Zu Beginn der vorliegenden Bachelor-Arbeit soll im Rahmen dieses Kapitels als erstes die Ausgangslage, die die Grundlage für diese Forschungsarbeit bildet, beschrieben werden.

Desweiteren werden in diesem Kapitel die Ziele der Arbeit benannt und die persönliche Motivation der Autoren wird erläutert. Anschliessend wird vertieft auf die leitende Fragestellung dieser Arbeit eingegangen. Desweiteren gibt dieses Kapitel Einblick in den Aufbau der Arbeit um der Leserschaft einen möglichst einfachen Überblick zu erlauben und zuletzt werden relevante Begriffsdefinitionen erläutert.

## Ausgangslage

Wie hat sich der Konsum von Alkohol und Drogen in der Schweiz entwickelt und wie haben die Politik und die Gesellschaft darauf reagiert? Vor welchen Herausforderungen stehen wir diesbezüglich? Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die aktuelle Situation in der Schweiz aufgezeigt werden. Übersichtshalber wurde nach einzelnen Substanzen unterteilt.

## ALKOHOL

Alkohol ist eine der ältesten psychoaktiven Substanzen. Seit Jahrtausenden sind die negativen Folgen des Alkoholkonsums bekannt. Immer wieder wurde vor übermässigem Konsum gewarnt und auch von Philosophen und religiösen Lehrern Empfehlungen dazu gegeben. Im Buddhismus und im Islam wurde der Konsum von Alkohol gänzlich untersagt. Dennoch ist Alkohol die in der Schweiz die „Volksdroge Nummer eins“ und somit die meist konsumierte psychoaktive Substanz. (Bundesamt für Gesundheit, 2006)

## ENTWICKLUNG UND GESELLSCHAFTLICHE REAKTION

Ende des 18. Jahrhunderts beschrieb der schottische Arzt Tomas Trotter die Sucht nach Alkohol als eine Krankheit, welche durch chemische Wirkung ausgelöst wird. Da als Folge davon Trinker als krank gelten sollten, wurden Ermutigungen und Ermahnungen an sie als unnütz angesehen. Es handelte sich dabei jedoch um eine stets umstrittene Haltung. Anfang des 19. Jahrhunderts entstand in den USA, England und Deutschland eine Bewegung mit mehreren millionen Anhängern, die sich der Enthaltung von Branntwein verpflichteten, Bier hingegen sahen sie weiterhin als empfehlenswert an. Nachdem Mitte desselben Jahrhunderts diese Bewegung zerbrach, entstanden vor allem unter christlichem Einfluss Verbände wie das Blaue Kreuz und der Kreuzbund. Ziel dieser Verbände war es,

gegen den Alkoholkonsum vorzugehen. Zu diesem Zweck wurden unter der Leitung von Geistlichen Trinkerheilstätten errichtet, die ausser dem Entzug eine ganzheitliche Therapie anboten (mit Pflege, viel Beschäftigung im Freien und der Frage nach geistlichen Belangen). Zwischen dem Ende des 19. und anfangs des 20. Jahrhunderts stimmten viele Psychiater die sich mit Alkoholismus beschäftigten diesem Konzept zu. In der Schweiz waren dies namentlich Bleuler und Forel. (Feuerlein, 2002, in Diplomarbeit Michele Roget/Heidi Schielly, 2005, S.33)

## AUSMASS

Aus kultureller Sicht ist Alkohol in unserer Gesellschaft tief verankert. So wird zu einem guten Essen gerne ein Glas Rotwein genossen oder während eines gemütlichen Abends unter Freunden Bier getrunken. Im Alltag geht dabei gerne vergessen, dass alkoholisches Getränk gesundheitliche und soziale Probleme verursachen kann. In der Schweiz leiden ca. 300'000 Personen, was in etwa 4 % der schweizerischen Bevölkerung entspricht, an einer Alkoholabhängigkeit (Bundesamt für Gesundheit, 2006). Wie auch in anderen Industriestaaten, gehört in der Schweiz der Alkohol zu den fünf relevantesten Krankheitsverursacher (WHO, 2002). Der Alkoholkonsum und dessen Folgen führen in der Schweiz zu etwa 9% aller Krankheitskosten (ISGF, 2006). Jährlich sterben ungefähr 2'000 Personen in der Schweiz an den Folgen des Alkoholkonsums. Alkohol und die Folgen des Konsums stellen daher eine der wichtigsten Risikofaktoren für Tod und Krankheit dar (Bundesamt für Gesundheit, 2006).

## ILLEGALE DROGEN

Seit Ende der 1960er Jahren gewannen illegale Drogen in der Schweiz zunehmend an Bedeutung. Die Anzahl Heroinsüchtiger nahm in der Schweiz zwischen 1970 und 1990 rasant zu (Spectra, 2008, S.2).

## AUSMASS

Über die Anzahl von Heroinabhängigen in der Schweiz gibt es wenig regelmässig erhobene Zahlen. Auch muss in diesem Bereich von einer grossen Dunkelziffer ausgegangen werden. Laut Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit betrug die Zahl der Heroinkonsumenten/innen im Jahr 2004 rund 35'000 Personen, also in etwa 0,5 % der Schweizer Bevölkerung. Es konnte festgestellt werden, dass die Tendenz leicht sinkend ist.

Gleich wie beim Heroin ist man auch bei der Anzahl von Konsumenten/innen von Kokain auf Schätzungen angewiesen. 2004 nahm das Bundesamt für Gesundheit an, dass es sich um rund 103'500 Konsumenten/innen handelt. Dies entspricht rund 1,4% der Schweizer Bevölkerung.



In einer 2002 durchgeführten Gesundheitsbefragung, gaben knapp 1% der Personen zwischen 15 und 39 Jahren an, schon einmal Kokain konsumiert zu haben.

Obwohl der Anbau von Kokain seit 2000 einen Rückgang verzeichnet, verdoppelte sich die beschlagnahmte Menge zwischen 1998 und 2003. Aus diesem Grund wird der Konsum als steigend beurteilt und scheint vor allem bei 15-Jährigen seit Ende der 1980er Jahren bedenklich gestiegen zu sein (Gesundheitsdepartement. Kt.BS, Abt. Sucht, 2007, S.23-25).

## ENTWICKLUNG UND GESELLSCHAFTLICHE REAKTION

Durch die offenen Drogenszenen, die sich seit 1987 in verschiedenen Schweizerstädten bildeten, kam die Suchtproblematik sehr in den Fokus der Öffentlichkeit. Sie wurde zeitweise einem „der brennendsten Probleme der Schweiz“ (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S.10). Um Schutz und Hilfe zu bieten, wurde bis zu den 90er Jahren der Fokus primär auf Prävention und Therapie gerichtet. Als Folge davon wurden entsprechende Institutionen zum Drogenentzug eingerichtet. Daraus entstand das sogenannte 3-Säulen-Prinzip der Schweizer Drogenpolitik: Prävention, Therapie und Repression. Öffentliche von Städten und Polizei geduldete Drogenumschlag- und Konsumplätze wurden mit der Zeit von Anwohnern boykottiert. Dies führte dazu, dass die Auflösung dieser Szenepplätze, wie zum Beispiel der Platzspitz in Zürich, durch die Politik veranlasst wurde. Um dem weiterhin ungelösten Elend der Süchtigen zu begegnen, begannen vorerst private Initiativen, beispielsweise unter Pfarrer Sieber in Zürich, mit der aufsuchenden (sozial) Arbeit. Daraus wurden Forderungen zur Einrichtung von Schutzräumen gegen die Verelendung auf der Gasse laut. Daraufhin begannen auch Städte und Kantone Massnahmen zur Schadensminderung zu ergreifen. Saubere Spritzen wurden abgegeben, Räume zur Verfügung gestellt und Heroinabgabestellen eröffnet. Dadurch wurde die vierte Säule der Schweizer Drogenpolitik – die Schadensminderung – eingeführt. Seit 1994 wird diese auch vom Bundesrat unterstützt (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S.10-13). Bis etwa 2006 wurden, angelehnt an die vier Säulen, verschiedene Programme und Institutionen aufgebaut und umgesetzt.

Im Laufe der Zeit wurde aber klar, dass die Drogenproblematik mit der Politik des Vier-Säulen-Modells noch nicht ausreichend erfasst werden konnte. Die Vorgehensweisen innerhalb der einzelnen Säulen waren zu wenig aufeinander abgestimmt. Auch war es nicht immer möglich, die Massnahmen in der Suchtpolitik effizient zu planen und durchzuführen. Gründe dafür waren, dass die legalen Substanzen mit Abhängigkeitspotential und stark schädigenden Auswirkungen - wie etwa Alkohol, Tabak und Medikamente – im vier Säulen Modell nicht berücksichtigt wurden.

## AKTUELLE SUCHTPOLITIK

Durch die Weiterentwicklung des Vier-Säulen-Modells zum Würfel-Modells wurde die Praxis um zwei weitere Dimensionen verfeinert:

Alle psychoaktiven Substanzen (legale wie illegale) werden nun durch den Einbezug ins Modell beachtet und als dritte Dimension wurden die Konsummuster - vom risikoarmen über problematischen Konsum bis hin zur Abhängigkeit – aufgenommen. Dadurch werden fundierte Situationsanalysen ermöglicht. Mit Hilfe solcher Analysen können Massnahmen besser geplant werden und die Akteure können ihre Angebote besser koordinieren (EKDF, 2005, S.8).

## AKTUELLE LAGE UND AUSWIRKUNG DER SUCHTPOLITIK

Bei dem Konsum kann eine leichte Verschiebung hin zu den legalen Suchtmitteln beobachtet werden. Dabei sorgt der Alkoholmissbrauch im Vergleich zu anderen Suchtmittelerkrankungen für den grössten Handlungsbedarf. Deshalb sollen in dieser Forschungsarbeit neben Abhängigen von illegalen Substanzen auch Alkoholabhängige berücksichtigt werden.

Durch die Einführung der vierten Säule ergab sich eine Verschiebung von der Säule der Therapie zu der Säule der Schadensminderung. Letztlich führte diese Verschiebung dazu, dass Süchtige älter werden - tatsächlich stieg das Durchschnittsalter in den Jahren von 1994 bis 2005 von 29 auf 37 Jahre. Langjähriger Drogenkonsum kann jedoch als Ursache für diverse schwere Krankheiten und körperliche Schädigungen genannt werden. Dies macht die Konsumenten/innen zu Langzeitpatienten. Herz- und Leberstörungen, Diabetes, Abszesse, häufig Hepatitis mit schweren Folgeerkrankungen oder auch AIDS und frühzeitig fortschreitende Demenz sind typisch und führen zu einem schnelleren Alterungsprozess. Im Rahmen dieser Arbeit sind mit „älteren Süchtigen“ nicht nur Konsumenten/innen gemeint, die tatsächlich im Rentenalter sind, sondern auch jene, deren biologisches Alter bereits dem des Rentenalters entspricht.

Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit ist aufgrund der Altersstatistiken verschiedener Institutionen im Suchtbereich davon auszugehen, dass Drogenkonsumenten/innen ein immer höheres Alter erreichen werden (Spectra, 2008, S.2). Dadurch stellen sich für das Wohn- und Pflegesystem neue Herausforderungen. Unter anderem stellt sich die Frage, ob Patienten/innen aufgrund ihres Konsums aufgenommen werden können, da dieser oft eine Unverträglichkeit mit den bestehenden Hausordnungen mit sich führt. Und haben die meist ohnehin bereits überlasteten Wohn- und Pflegeheime die Kapazität auch „junge“ Alte aufzunehmen?

Die für die Angebotsbereitstellung und Koordination verantwortlichen Akteure müssen sich also mit der Frage auseinandersetzen, inwieweit das bestehende Angebot genügend ist, angepasst oder

erweitert werden muss. So auch der Kanton Basel Stadt, welcher sich aufgrund seiner überschaubaren Grösse und urbanen Struktur für eine exemplarische Situations- bzw. Problemanalyse anbietet.

## **Persönliche Motivation**

Die Autoren dieser Arbeit fanden das Thema „Sucht“ seit geraumer Zeit interessant und faszinierend. Während des Studiums konnten durch den Besuch entsprechender Module und die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit im Suchtbereich die Kenntnisse vertieft und Erfahrungen in der Praxis gesammelt werden. Auch handelt es sich aus Sicht der Autoren um eine neue, aber immer aktuellere Thematik. Viele Studien zeigen, dass ältere Menschen mit Suchterkrankungen bisher wenig beachtet wurden und der Bedarf an spezifische Wohnformen bisher kaum erforscht ist. Durch die Arbeit in den Kontakt- und Anlaufstellen im Kanton Basel-Stadt ist ein Mitglied des Autorenteams auch im Arbeitsalltag mit dieser Thematik konfrontiert.

Ausserdem ein Anliegen war, die Arbeit aus Sicht der Süchtigen aufzubauen. Was sind ihre Bedürfnisse und ihre Anliegen an eventuelle spezifische Wohnformen? Wie möchten sie im Alter leben? Und würden sie spezifische Wohnformen für alternde Suchtmittelabhängige überhaupt nutzen wollen?

## **Fragestellung**

Die vorliegende Bachelor-Arbeit befasst sich mit folgender Fragestellung:

***„Gibt es im Kanton Basel-Stadt einen Bedarf an spezifischen Wohnformen für alternde Konsumierende von psychoaktiven Substanzen?“***

In der Schweiz ist es eine Aufgabe der Kantone, das Wohn- und Heimangebot zu koordinieren. Da dieses Angebot dem gesellschaftlichen und politischen Wandel ausgesetzt ist, müssen laufend Anpassungen aufgrund von Bedarfsanalysen vorgenommen werden, weshalb nachfolgend der Bedarf an spezifischen Plätzen für alternde Abhängige von psychoaktiven Substanzen untersucht werden soll.

## **Ziel der Arbeit**

Für das Autorenteam war es wichtig, die Bedürfnisse von Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen in den Vordergrund zu stellen. Es ist das Ziel dieser Studie, eine Bedarfsanalyse zu erstellen, ob im Raum Basel Bedarf an geeigneten Wohnformen für Konsumenten/innen von

psychoaktiven Substanzen bestehen. Für die Bedarfsanalyse wird davon ausgegangen, dass die Anzahl von älteren Süchtiger in naher Zukunft stetig ansteigen wird. In dieser Arbeit sollen die bereits existierenden Einrichtungen, ihre Ziele, Strukturen und die Auslastung ihre Kapazitäten aufgezeigt werden. Damit soll auch gezeigt werden, ob bereits spezifische Wohnformen für alternde Süchtige bestehen.

Durch die vorliegende Arbeit im noch wenig erforschten Gebiet „Sucht im Alter“, soll den im Handlungsfeld der Suchtarbeit tätigen Professionellen der Sozialen Arbeit Unterstützung geboten werden, indem spezifisch auf Zusammenhänge von Sucht, Alter und Wohnen eingegangen wird und daraus Schlüsse für die Arbeit im Alltag und die Profession der Sozialen Arbeit gezogen werden. Etwas weiter gefasst soll durch die Thematisierung von Sucht im Alter verhindert werden, dass Betroffene in Lücken des sozialen Netzes fallen, weil sie abgewiesen oder zwischen verschiedenen Institutionen hin- und hergeschoben werden könnten.

Durch eine Befragung von Konsumierenden, sollen besonders ihre Bedürfnisse herausgearbeitet werden und durch einen Abgleich der bereits bestehenden Einrichtungen und den Bedürfnissen der Befragten soll versucht werden, Vorschläge für eine Anpassung oder Ergänzung der bestehenden Angebote im Kanton Basel-Stadt abzuleiten.

## **Aufbau der Arbeit**

In der vorliegenden Bachelor-Arbeit handelt es sich um eine quantitative Forschungsarbeit. Die Arbeit ist in 8 Kapitel aufgeteilt. Sie ist gegliedert in eine Einleitung, einen theoretischen und einen empirischen Teil, sowie einer Schlussfolgerung.

### Einleitung

Das erste Kapitel bildet die Einleitung. Es beinhaltet die Ausgangslage, die persönliche Motivation, Fragestellung und Ziele der vorliegenden Arbeit. Zum Abschluss befinden sich in diesem Kapitel noch die für die Arbeit relevanten Begriffsdefinitionen.

### Theoretischer Teil

Das zweite Kapitel bietet einen Überblick über Wohnformen für hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Innerhalb des zweiten Kapitels befindet sich in Form eines Unterkapitels ebenfalls ein Situationsüberblick Basel-Stadt. Darin ist festgehalten, welche Angebote in Basel zur Zeit bestehen und wie diese ausgelastet sind.

Im dritten Kapitel werden ebenfalls in Form von Unterkapitel die Themen Alter, Sucht und Alter und Sucht behandelt. Das Kapitel soll einen Überblick bieten, wie das Alter definiert wird und was

einzelnen Merkmale des Alterungsprozesses sein können. Unter dem Titel Sucht werden die Merkmale von Sucht, die Definition, Suchtphasen und Konsumphasen vertieft erörtert. Im letzten Teil des dritten Kapitels wird beschrieben, wie eine substanzgebundene Sucht sich auf den Alterungsprozess auswirkt.

Im vierten Kapitel werden die für diese Arbeit verwendeten, relevanten Theorien aufgezeigt und detailliert beschrieben. Unter anderem sind dies Theorien nach Silvia Staub-Bernasconi, Gregor Husi, das Multikausalmodell und Alterstheorien.

### Empirischer Teil

Im fünften Kapitel werden die Methoden, die zu Erarbeitung der Datenerhebung verwendet wurden definiert. Da es sich um eine quantitative Forschung handelt, befasst sich der Hauptteil dieses Kapitels mit der Erstellung des Fragebogens und den einzelnen gestellten Fragen.

Im sechsten Kapitel werden die erhobenen Daten aufgezeigt und kurz erörtert.

Im siebten Kapitel werden die Forschungsergebnisse diskutiert und mit den Erkenntnissen aus dem theoretischen Teil verglichen.

### Schlussfolgerung

Das achte und letzte Kapitel der Arbeit bildet die Schlussfolgerung. Sie beinhaltet anhand der Ergebnisse erarbeitete Empfehlungen an Sozialarbeitende und Institutionen im Suchtbereich sowie an den Kanton Basel-Stadt. Aus diesen Empfehlungen können sich neue Fragestellungen ergeben und Grundlage für weitere Bedarfsanalysen bilden.

## **Begriffsdefinitionen**

### *1.1.1 PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN*

Unter psychoaktiven Substanzen werden jene Substanzen zusammengefasst, die die Psyche beeinflussen. Besonders wirken sie sich auf die Stimmung, das Denken und die Wahrnehmung aus und verändern diese. Die Substanzen zeichnen sich durch eine stimulierende halluzinogene oder dämpfende Wirkung aus. Im Folgenden soll ein Überblick über die gängigsten dieser Substanzen aufgezeigt werden.

#### **ALKOHOL**

Obwohl Alkohol oft als Genuss- und/oder Nahrungsmittel bezeichnet wird, gilt auch er als eine psychoaktive Substanz. Alkoholische Getränke können in der Schweiz ab dem 16., bzw. ab dem 18. Lebensjahr legal erworben werden.

Wirkung: Oftmals wird die Wirkung des Alkohols von den Konsumierenden nicht richtig wahrgenommen und eingeschätzt. Alkohol beeinflusst, beziehungsweise vermindert die Selbsteinschätzung, senkt die Hemmschwelle und steigert das Selbstwertgefühl.

Folgen/Risiken: Das toxische Potenzial des Alkohols kann fast jedes körperliche Organ des menschlichen Körpers schädigen. Mehr als sechzig Krankheiten und Behinderungen können nachweislich mit dem Alkoholkonsum verknüpft werden. Dabei ist dies nicht nur durch die Menge des konsumierten Alkohols beeinflusst, sondern auch durch das Trinkmuster. Als weitere Folgen des Konsums können bösartige Tumore, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magenschleimhautentzündung, Bauchspeicheldrüsenentzündung etc. aufgeführt werden.

## CANNABIS

Cannabis gilt sowohl als Heil- und Kultmittel, wie auch als Rauschmittel. Cannabis ist die botanische Bezeichnung der Hanfpflanze. Teile davon können als Marihuana (getrocknete Blütenstände und Blätter), Haschisch (Harz der Blütenstände, gemischt mit Pflanzenteilen) und Haschisch Öl (dickflüssiges Extrakt) rauchend, schnupfend oder essend konsumiert werden. Der wichtigste Inhaltsstoff ist THC, der in der Schweiz zu den verbotenen Betäubungsmitteln gehört.

Wirkung: Cannabis kann zu körperlichen und psychischen Wirkungen führen. Als körperliche Wirkungen können erweiterte Pupillen, gerötete Augenbindehäute, Herzfrequenzerhöhung, Blutdruckveränderungen, Muskelentspannung, Bewegungsstörungen und Schwindel beobachtet werden. Auf die Psyche wirkt der Konsum mit einem veränderten Wachbewusstsein, höherer Empfindlichkeit gegenüber Licht und Musik, Assoziationsreichtum mit Rede- und Lachdrang. Ausserdem wirkt Cannabis euphorisierend und enthemmend und führt zu einer wohligen Entspannung, einer Leichtigkeit und einem Wattegefühl. Dabei wirkt der Inhaltsstoff THC vor allem auf das Gehirn.

Risiken: Der Konsum von Cannabis kann zu Bronchitis und zur Einschränkung der Fruchtbarkeit, sowohl bei Frauen wie auch bei Männern, führen. Bei langer Einnahme verändert sich ausserdem die Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistung.

Folgen: Als Folge kann eine psychische und physische Abhängigkeit entstehen. Es kann ein Zusammenhang zwischen dem Cannabiskonsum und psychiatrischen Krankheitsbildern wie Depressionen oder Schizophrenie nachgewiesen werden. Cannabis wird in der Literatur teilweise als Einstiegsdroge aufgeführt. Der Stoff THC kann im Blutbild, in den Haaren und im Urin nachgewiesen werden.

## KOKAIN

Kokain wird aus den Blättern des Koka Strauches gewonnen und wurde ursprünglich als Schmerzmittel verabreicht. Umgangssprachlich wird Kokain auch als Cola, Schnee oder als Crack bezeichnet. Als Crack wird es in speziellen Pfeifen, umgangssprachlich „Bong“ oder „Böngli“ genannt geraucht. In der Regel werden diese Böngli aus Petflaschen selber hergestellt und mittels eines speziellen Aufsatzes zu einer Pfeife umfunktioniert. Um zu rauchen wird die Flasche mit Wasser gefüllt, auf der Seite des Bongs (über der Wasseroberfläche) ein Strohhalm eingeführt und das Kokain oben auf den Einsatz gestrichen. Mittels eines Brenners wird das Cola aufgeheizt. Der so entstehende, kokainhaltige Rauch dringt nun nach unten in die Flasche und durch den Strohhalm konsumiert. Obwohl Kokain auch gespritzt werden kann, ist momentan die gebräuchlichste Konsumart das Schnupfen.

Wirkung: Auf den Körper wirkt der Konsum von Kokain zu einer Beschleunigung der Atmung, des Pulses und des Denkens. Auf der psychischen Ebene kann Kokain zu dem Verlust der natürlichen Hemmschwelle führen und das Urteilsvermögen nimmt ab. Im Gegensatz dazu nehmen die psychische Stärke und die Ausdauer zu, weshalb Kokain als leistungssteigernd empfunden wird. Schwächt der Rausch ab, treten physische und psychische Erschöpfung wie Depressionen und Müdigkeit auf. Wird Kokain über längere Zeit konsumiert, kann bei den Konsumenten/innen ein starker Gewichtsverlust beobachtet werden.

Risiken: Der Konsum kann unter anderem zu psychischen Veränderungen wie Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Gewalttätigkeit, Ängsten und Verwirrtheit führen. Besteht ein sogenannter Hochkonsum, steigert dies die Gefahr von Kokainpsychosen. Wie in der Praxis beobachtet werden konnte, kann dies zu Panikattacken führen. Die Konsumierenden sind nicht mehr ansprechbar und sie können ihr Handeln nicht mehr kontrollieren. Dem Autorenteam ist ein Fall bekannt, in dem ein Mann in während einer solchen Psychose aus dem Fenster eines mehrstöckigen Gebäudes in den Tod sprang.

Folgen: Wird Kokain geschnupft, können entzündliche Verätzungen der Nasenscheidenwand Folgen des Konsums sein. Bei allen Konsumarten sind jedoch Krampfanfälle und/oder eine extrem starke psychische Abhängigkeit unausweichliche Folge. Eine Eigenheit des Kokains ist jedoch, dass der Konsum zu keinen körperlichen Entzugssymptomen führt, umso höher ist dafür die psychische Abhängigkeit.

## HEROIN

Über Jahrtausende wurden natürliches Opium und opiumhaltige Mischungen als Heilmittel eingesetzt. 1874 wurde Opium erstmals von dem Engländer C.R.A. Wright im Chemielabor hergestellt und kurze Zeit darauf von der chemischen und pharmazeutischen Industrie in Deutschland (Bayer) und der Schweiz (Basler Chemie) in grossen Mengen produziert und als handelsübliches Arzneimittel vermarktet.

Am Anfang des 20. Jahrhunderts wurde der medizinische Nutzen des Heroins in Frage gestellt. Immer mehr wurde seine soziale und psychische Schädlichkeit betont. Daraus entstand ein moralischer Druck, der eine Verschärfung der Drogenpolitik gegen Opium und die mit ihm verwandten Substanzen verlangte. Unter dem Druck internationaler Abkommen zur Drogenkontrolle wurde Heroin mehr und mehr als "Todesdroge" betrachtet und in der Schweiz 1924 dem ersten "Bundesgesetz betreffend Betäubungsmittel (BtmG)" unterstellt.

Im Rahmen einer gesetzlichen Ausnahmeregelung wurde 1994 ein wissenschaftlicher Versuch zur ärztlichen Heroinverschreibung gestartet und 1999 wurden die ersten heroingestützten Behandlungen (HeGeBe) durchgeführt. Diese verankerten sich immer mehr in der schweizerischen Drogenpolitik und erhielten schliesslich im November 2008 im Rahmen einer Volksabstimmung (Revision des Betäubungsmittelgesetzes) eine rechtliche Grundlage.

Wirkungen: Heroin entfaltet nach dem Konsum eine entspannende und euphorisierende Wirkung. Es steigert für kurze Zeit das Wohlbefinden und die Selbstzufriedenheit. Wird Heroin intravenös konsumiert, tritt die Wirkung nach wenigen Sekunden ein. In diesem Zusammenhang wird von einem „Flash“ gesprochen. Wird Heroin geschnupft oder geraucht tritt die Wirkung nach wenigen Minuten ein. Dennoch können bereits bei kleinen konsumierten Mengen Risiken und unangenehme Wirkungen wie Angst, Depressionen und Atembeschwerden auftreten. In vielen Fällen führt der Konsum unter anderem auch zu Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Schüttelfrost, Juckreiz und gar Bewusstlosigkeit.

Risiken/Folgen: Im Gegensatz zu Kokain entfaltet Heroin neben einer sehr starken physischen auch eine sehr starke psychische Abhängigkeit. Die körperliche Abhängigkeit erfolgt beim Heroin in kürzester Zeit und ein Absetzen der Droge hat starke physische und psychische Entzugssymptome zur Folge. Um diesen Entzugsbeschwerden zu entgehen, konsumieren Abhängige erneut. Da durch längeren Konsum eine Wirkungsminderung eintritt, beziehungsweise eine Toleranzsteigerung, muss zur Erzielung der gleichen Wirkung die Dosis erhöht werden. Durch die unklare Reinheit des Strassenheroins steigt das Risiko, dass die Dosis falsch eingeschätzt wird. Das Risiko dabei ist, dass Folge des Konsums ein berauschender Flash oder den Tod sein kann.



Heroin hat ausserdem, je nach Konsumart, unterschiedliche Risiken zur Folge. So kann der intravenöse Konsum zu Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis C, Venen- und Gewebsentzündungen sowie Blutvergiftungen und Abszessen führen. Werden Blutvergiftungen und Abszesse nicht rechtzeitig behandelt, kann dies gar zu einem Verlust von Gliedmassen wie Hände oder Beine führen.

Wird Heroin rauchend konsumiert, hat dies eine Schädigung der Lunge und Bronchien zur Folge. Durch die atemlähmende Wirkung des Heroins werden der Hustreiz und das damit verbundene Abhusten unterdrückt. Dies kann zu einer Verschleimung der Lunge führen. Auch wird in der Praxis von den meisten Konsumenten/innen zum Anreichern des Stoffes Amoniak anstelle des unbedenklichen Bicarbonat verwendet. Die ätzende Wirkung des Amoniaks wirkt sich ebenfalls auf die Lunge aus und kann zu Atembeschwerden führen. Wird Heroin gesniff, können durch das gemeinsame Benutzen von Ziehröhrchen ebenfalls Hepatitis und HIV übertragen werden. Weiter kann Sniffen zu einer Schädigung der Nasenscheidenwände und der Nasenschleimhäute führen.

#### AMPHETAMINE/METHAMPHETAMINE

Amphetamine und Methamphetamine sind eine Gruppe von psychoaktiven Substanzen, deren Wirkung mehrheitlich anregend und aufputschend ist. Sie erhöhen den Blutdruck, was wiederum zu einer Leistungssteigerung führt. Ursprünglich wurden die Substanzen zur Behandlung von Depressionen verwendet. Sie unterstehen dem Betäubungsmittelgesetz und dürfen nicht ohne Arztrezept eingenommen werden.

Wirkung: Die Substanzen sind in Tabletten-, Pulver- und in Kristallform auf dem Markt erhältlich. Sie erhöhen die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit und unterdrücken das Gefühl von Müdigkeit.

Folgen/ Risiken: Amphetamine und Methamphetamine steigern den Puls und den Blutdruck. Als Folge davon können Herzrasen, Bluthochdruck und Wärmestau auftreten. Amphetamine und Methamphetamine führen vorwiegend zu einer psychischen Abhängigkeit. Beim Absetzen der Substanzen treten Entzugserscheinungen wie Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit, Unruhe und Ängste auf.

#### ECSTASY

Bei Ecstasy handelt es sich um eine synthetische Droge, die sich aus einer bunten Mischung von psychoaktiven Substanzen zusammensetzt und in der Regel in Form einer kleinen Pille erhältlich ist.

Wirkung: Durch die Einnahme von Ecstasy wird die emotionale Verbundenheit mit anderen und die Nähe zu Menschen als entspannend wahrgenommen. Glücksgefühle, Zufriedenheit und

Hilfsbereitschaft werden gesteigert und intensiver wahrgenommen. Ecstasy führt zu einer erhöhten Leistungsfähigkeit und zur Minderung von Müdigkeitserscheinungen. Dabei ergibt sich daraus meist eine veränderte Wahrnehmung von Raum und Zeit.

Risiken: Nach dem die Wirkung abgeschwächt ist, besteht das Risiko, dass der Wunsch nach dem erlebten Gefühlszustand stärker vorhanden ist als zuvor. Es kann ein Zwang daraus entstehen, dieses Gefühl erneut erleben zu wollen. Die Einnahme von Ecstasy kann zudem zu motorischen Störungen, psychosomatischer Unruhe und zu Muskelverkrampfungen führen.

Folgen: Ecstasy kann körperliche Schwächen wie Blutdruck, Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen, Diabetes und Epilepsie zur Folge haben. Auch können die Folgen in Form von neurotoxischen Schädigungen des Gehirns auftreten (Sucht Info Schweiz).

### 1.1.2 RECHTSGRUNDLAGEN ZU PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN

- Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz (BetmG) und kant. Ausführungsbestimmungen
- Strafgesetzbuch, insb. Sanktionenrecht
- Verordnungen über die Heroinabgabe

Betäubungsmittelgesetz: Das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) regelt die Herstellung, die Abgabe, den Bezug und die Verwendung von Betäubungsmitteln, die Kontrollstellen, sowie die Strafbestimmungen im Falle eines Zuwiderhandelns. Betäubungsmittel im Sinne dieses Gesetzes sind abhängigkeiterzeugende Stoffe und Präparate wie Morphin, Kokain, Cannabis, LSD, Amphetamine, Ecstasy.

Verordnung über die Betäubungsmittelkontrolle: Sie befasst sich mit den Bewilligungen für die Herstellung und den Handel, den Ein- und Ausfuhrverboten, dem internationalen Handel sowie dem Bezug und der Verwendung von Betäubungsmitteln. Sie enthält auch Regelungen betreffend der Aufbewahrung und Bezeichnung der Betäubungsmittel.

Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen: Diese Verordnung regelt Massnahmen zur Prävention des problematischen Konsums psychoaktiver Substanzen und zur Prävention suchtbedingter Störungen, Therapien und Wiedereingliederungen der Personen mit suchtbedingten Störungen, Massnahmen zur Schadensminderung und zur Überlebenshilfe für Personen mit suchtbedingten Störungen (Sucht Info Schweiz).

### 1.1.3 *MISSBRAUCH*

In Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen wird oft von Missbrauch gesprochen. Unter Missbrauch verstehen Feuerlein, Küfner und Soyka (1998, S.4) den Gebrauch einer Sache in einer Weise, die in qualitativer oder quantitativer Hinsicht vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht. Bei Medikamenten oder Rauschmitteln wird der Gebrauch ohne medizinische Indikation als Missbrauch bezeichnet. So versteht man beispielsweise unter Alkoholmissbrauch einen Alkoholkonsum, der zu körperlichen, psychischen und sozialen Schäden führt.

### 1.1.4 *„EARLY-ONSET“ UND „LATE-ONSET“*

Die Begriffe „Early-onset“ und „Late-onset“ bezeichnen in der Medizin Menschen, bei denen eine Erkrankung, wie zum Beispiel Alzheimer, besonders früh, beziehungsweise besonders spät auftreten. In Zusammenhang mit der Suchtthematik werden diese Begriffe vor allem auf Alkoholkonsumenten/innen bezogen.

Personen, welche vor dem 30. Lebensjahr an einer Suchtproblematik erkranken werden zu der Gruppe der „Early-onset“ gezählt. Wird von „Late-onset“ gesprochen, sind Personen gemeint, welche sich erst nach dem 45. Lebensjahr ein Suchtverhalten aneignen. Der Wegfall von sozialen Kontakten oder das Erreichen des Pensionsalters (Altersalkoholismus) können Gründe für das „Late-onset“ Verhalten sein (Niekrens, 2012, S. 47). Für die vorliegende Arbeit wurde der Schwerpunkt auf „Early-onset“ Alkoholkonsumenten/innen gelegt, da diese andere Alterungsprozesse aufweisen als die „Late-onset“-Abhängigen und so in die Zielgruppe dieser Arbeit gehören.

## 2. Wohnformen für ältere, hilf- oder pflegebedürftige Menschen

In diesem Kapitel soll zuerst ein Überblick geschaffen werden, was für Wohn- und Lebensmöglichkeiten sich älteren, hilf- oder pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz bieten und im zweiten Teil wird darauf eingegangen, was davon im Kanton Basel-Stadt zu finden ist.

### Wohnformen

Der Soziologieprofessor und Generationenforscher Francois Höpflinger von der Universität Zürich hat sich in mehreren Werken intensiv mit Alter, Verhältnis zwischen den Generationen und Wohnformen befasst. Daher wird hier im Folgenden wesentliches auf dessen Aussagen Bezug genommen.

Grundsätzlich lassen sich Wohnformen nach dem Grad von privatem, individuellem Wohnen in eigenem Wohnraum bis zu institutionalisierten Angeboten unterscheiden.

Sie lassen sich ausserdem nach dem Grad der Selbständigkeit oder der Versorgungsmöglichkeit mit einzelnen Serviceleistungen bis hin zu persönlicher Pflege und Betreuung unterscheiden, was aufgrund privat organisierter Strukturen oder Dienstleistungsangeboten ermöglicht wird.

Eine wiederum andere Unterscheidungsmöglichkeit besteht drittens im zeitlichen Mass zwischen ambulanten Wohnhilfen zu teilzeitiger oder vollzeitiger Begleitung oder Betreuung.

Viertens kann beachtet werden, wie weit im engeren Wohnumfeld eher in homogenen oder heterogenen sozialen Beziehungen gelebt wird (z.B. ältere oder ähnlich pflegebedürftige Personen miteinander oder (alters-)durchmischt) (Höpflinger, 2009, S. 141-142).

Im Folgenden werden die Wohnformen anhand des Grads ihrer Institutionalisierung aufgelistet, erörtert werden. Natürlich werden dabei auch noch weitere Eigenschaften der einzelnen Wohnformen betrachtet werden.

### PRIVATE WOHNFORMEN

Ein grosser Anteil älterer Menschen bleibt vorerst **zu Hause** wohnen, was **mit Angeboten** wie denjenigen von Spitex und Pro Senectute oder auch durch organisierte Nachbarschaftshilfe oder familienintern unterstützt wird. Zum möglichen Verbleib zu Hause dienen auch moderne technische Hilfen im Haushalt, wie zum Beispiel für das Badezimmer oder die Treppe.

Als Alternative gibt es die Möglichkeit eines Umzugs in sogenannte **Alterswohnungen**, welche in der Nähe von externen Versorgungsmöglichkeiten liegen (Arzt, Einkaufsmöglichkeiten, Mahlzeiten- und Pflegedienste eines benachbarten Altersheims). Es sind Privathaushalte, mit der Möglichkeit

selbstbestimmt Versorgungsleistungen zu beanspruchen: hauswirtschaftliche Dienste, Beratung, Betreuung und leichte Pflegeleistungen für nicht schwer pflegebedürftige, alte Menschen. Seniorenresidenzen sind luxuriöse Formen, die nicht von öffentlichen Geldern subventioniert werden und sich besonders an wohlhabendere Menschen richten. Das Dienstleistungsangebot variiert abhängig von der Nachfrage am Standort, meistens mit ambulantem Pflegeangebot, nicht immer sind sie auch für schwer pflegebedürftige und/oder demenzkranke Bewohner eingerichtet. (Höpflinger 2004, S.98).

Desweiteren gibt es den Ansatz, dass sich ältere, nicht verwandte Personen zu **Hausgemeinschaften** zusammenschliessen, in denen sie sich entweder völlig selbständig zu gegenseitiger Hilfe und Gemeinschaftlichkeit organisieren oder für die professionelle Hilfe von dafür angestellten Fachpersonen zur Verfügung steht. Diese Hausgemeinschaften sind nicht im Sinne einer WG-Form mit einem einzelnen, gemeinsamen Haushalts aufgebaut. Vielmehr verfügen die Parteien jeweils über ihren eigenen Haushalt innerhalb eines Hauses, Siedlungen oder Wohngenossenschaften, in denen auf den Gemeinschaftssinn Wert gelegt wird.

In gleicher Form kommen auch generationengemischte Gemeinschaften vor. Beide Arten der hausgemeinschaftlichen Wohnformen sind seit gut einem Jahrzehnt im Zunehmen begriffen, gibt es aber bisher noch sehr wenig. Sie werden durch zum Beispiel darauf ausgerichtete Bauprojekte gefördert (Höpflinger, 2009, S.150 ff).

Ausserdem gibt es besonders in landwirtschaftlichen Regionen der Schweiz Hausgemeinschaften in der jüngere Familien mit der älteren Generation der gleichen Familie zusammen leben. Im Gegensatz zu früher findet dies aber kaum im gleichen Haushalt, sonder vermehrt im gleichen Haus mit jeweils eigenen Wohnungen statt (Höpflinger, 2004, S. 97 / 2009, S.150 ff).

Wohngemeinschaften mit gemeinsamen Haushalt gibt es als Alterswohnform sowohl zwischen Verwandten als erst recht zwischen Nicht-Verwandten nur selten.

## INSTITUTIONALISIERTE WOHNFORMEN

In **Tagesheimen** können sich ältere Menschen, die auf Betreuung und Hilfe angewiesen sind, aufhalten und somit familiäre Betreuungspersonen entlasten. Sie erhalten dort die gleiche Hilfe und Pflege wie in einem Altersheim (s.u.), behalten aber noch ihre eigene Wohnung.

Desweiteren gibt es Tagesplätze zur Betreuung behinderter Menschen.

Ausserdem gibt es **Wohnheime** zur dauerhaften Unterbringung für alte Menschen, die je nach Schweregrad der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wie folgt unterschieden werden:

**Kleine Pflegeheime oder Pflegewohngruppen** bieten vollstationäre pflegerische Betreuung, es wird aber auf möglichst viel Individualität Wert gelegt, das heisst, dass die Bewohner je nach Fähigkeiten gemeinsam zur Haushaltsführung beitragen und möglichst viel ihren eigenen Aktivitäten und Kontakten nachgehen können.

**Altersheime**, wo die Bewohner gemeinschaftlich ohne eigenen Haushalt vollständig hauswirtschaftlich versorgt werden, bedingt die geringe Pflegebedürftigkeit der Bewohner.

**Alterspflegeheime**, mit stationärer Pflege für ausgeprägt pflegebedürftige Menschen.

**Andere Pflegeheime**, mit hoher Pflegeabhängigkeit der Bewohner  
**für chronisch Schwerkranke** oder  
**Behindertenheime** für Menschen mit schwerer Behinderung.

**Wohnheime oder Wohngruppen mit psychosozialer Begleitung**, in denen hauptsächlich die Reintegration in die Gesellschaft gefördert wird (Höpflinger, 2004, S. 102 ff).

Höpflinger erläutert mehrfach (z.B. 2009, S.154) den Wunsch nach möglichst viel Individualität und Privatbereich, bei gleichzeitigem Wunsch nach sozialen Kontakten bei älteren Leuten. Die Selbstbestimmungsmöglichkeit wird für wichtig gehalten, frei wählbare, aber verfügbare soziale Kontakte und nach Bedarf Service- oder Hilfeleistungen. Eine Balancemöglichkeit zwischen Nähe und Distanz. Wir gehen davon aus, dass dieses Bedürfnis genauso bei Erwachsenen jeden Alters besteht. Je nach ausgeprägter Bedürftigkeit nach Pflege oder psychosozialer Begleitung, mag es vielleicht eine unterschiedliche Gewichtung bekommen, wie z.B. bei körperlich oder psychisch Kranken. Es fragt sich aber, ob auch bei langzeitiger Betreuung der Wunsch nach Selbstbestimmung und Privatsphäre auf Dauer zurücktreten kann. Jedenfalls können Institutionen mit vollumfänglich organisiertem Betrieb wie in (grossen) Altersheimen, Pflegeheimen, Kliniken oder auch sozialen Heimen diesen Bedürfnissen kaum gerecht werden.

An dieser Stelle ein kurzer tabellarischer Überblick über alle Wohnformen:

<b>Wohnform</b>	<b>geforderte Kompetenzen</b>	<b>Mass an Hilfe</b>	<b>Grenzen</b>
<b>Privatwohnung</b>	körperliche/geistige Unabhängigkeit	selbständig	möglicherweise nicht behindertengerecht eingerichtet
<b>Hausgemeinschaften: Mehr-Generationen-Familie -verwandt -nichtverwandt Alterswohngemeinschaft</b>	hohe Sozialkompetenz; gute Verträglichkeit; hohe Toleranz; viel Offenheit zwischen den Generationen	gegenseitige Hilfe	nicht zu einseitige Hilfe; kein professionelles Pflegepersonal
<b>Alterswohnung</b>	ein gewisses Mass an Eigenständigkeit	Angebot variiert: nur Beratung; hauswirtschaftliches Hilfsangebot; Pflegeangebot; altersgerecht eingerichtet; erhöhte Sicherheit	begrenztes Service-u. Pflegeangebot keine schwere Pflegebedürftigkeit
<b>Pflegewohngruppe</b>	Sozialkompetenz; Beitragsfähigkeit zur gemeinsamen Haushaltsführung	professionelle vollstationäre Betreuung; gegenseitige Unterstützung	ausgewählte Gruppenmitglieder; nicht zu starke Pflegebedürftigkeit
<b>Altersheim</b>	Sozialkompetenz	Sicherheit; pflegerische u. volle hauswirtschaftliche Versorgung; Betreuung	keine schwere Pflegebedürftigkeit
<b>verschiedene Pflegeheime</b>		Stationäre Pflege für stark Pflegebedürftige Alte Behinderte Chron. Schwerkranke Suchtkranke unter starker Verwirrung Leidende	
<b>psychosoziale Wohnheime</b>	Bereitschaft zu Gemeinschaft und Zusammenarbeit	Beratung; psychosoziale Unterstützung; leichte Pflege; Suchthilfe; Hilfe fürs Alltagsleben; Unterstützung zur Reintegration	Pflege und Therapie nicht im Zentrum
<b>Therapieeinrichtungen</b>	Abstinenz zu sein	Reintegration	Therapiezeit sechs Monate

Tabelle 1: Übersicht über die Wohnformen

## Situationsüberblick Kanton Basel-Stadt

### SUCHTPOLITIK

Im Kanton Basel-Stadt liegt die Zuständigkeit zur Umsetzung der staatlichen Suchtpolitik bei der Abteilung Sucht, die dem Bereich Gesundheitsdienste angegliedert ist, welcher wiederum zum Gesundheitsdepartement des Kantons gehört. Die zuvor bestehenden zwei Fachstellen sind seit 2005 zu dieser einen Abteilung zusammengefasst.

Die Abteilung Sucht ist dafür verantwortlich, die Vier-Säulen- respektive neu die Würfel-Politik im Kanton Basel-Stadt in der Praxis anzuwenden und dementsprechende Angebote zur Verfügung zu stellen, beziehungsweise die Angebote anderer zu steuern und zu koordinieren.

Gemäss Bericht „Angebotsüberprüfung und Bedarfsabklärungen im Suchtbereich“ (2007, S.20 ff) haben über 7'000\* Personen im Kanton Basel-Stadt ein mittleres und über 2'500\* ein hohes Gesundheitsrisiko aufgrund des starken Alkoholkonsums (\*ab 15 Jahren sowohl Frauen als auch Männer). Wie in demselben Bericht geschrieben wurde, kann man heute von einer geschätzten Zahl von 1'500 Personen mit einer Heroinproblematik im Kanton Basel-Stadt ausgehen. Es gibt beim Kokain wie im Falle des Heroins keine zuverlässigen Erhebungen über die Anzahl von Abhängigen und Gelegenheitskonsumierenden. Grundsätzlich gibt es zwei Konsumgruppen im Bereich der Kokainabhängigen: Zum einen die sozial gut integrierten Personen (aus diversen Berufsfeldern, Partyszene), zum anderen die sozial marginalisierten Personen (z.B. Prostituierte, Obdachlose, Mehrfachabhängige).

### WOHNANGEBOTE IM KANTON BASEL-STADT

Im Folgenden sollen die zu Beginn dieses Kapitels aufgeführten Wohnformen mit den Möglichkeiten im Kanton Basel-Stadt verglichen werden. Da in dieser Arbeit Wohnformen für pflegebedürftige Suchtmittelabhängige im Fokus stehen, werden im Anschluss Einrichtungen, wo Wohnmöglichkeiten für diese Zielgruppe möglich sein könnten, detaillierter betrachtet.

### PRIVATE WOHNFORMEN

In ihrem bisherigen Zuhause sowie in Alterssiedlungen ohne Haus- und Pflegedienstangebot Wohnende, die in ihrer selbständigen Versorgung eingeschränkt sind, können **Haus- und Pflegedienste** anfordern. Es gibt im Kanton Basel-Stadt eine grosse Anzahl an Spitexorganisationen. Es handelt sich um hauswirtschaftliche Hilfen oder um einen ambulanten Pflegedienst und Betreuung. Dies beinhaltet pflegerische Massnahmen, medizinische Überwachung und Kontrollen,



Körperpflege, Hilfen zur Alltagsbewältigung und Unterstützung von psychisch Kranken, die in Krisensituationen sind. Es gibt ausserdem Nacht- und Wochenendeinsätze für Pflegenotfälle. Eine der Spitexorganisationen ist spezialisiert auf Fälle mit hohem zeitlichem und pflegerischem Aufwand (Gesundheitsversorgungsbericht, 2010, S. 45).

Als weitere externe Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeit, steht die **Pro Senectute** zur Verfügung. Diese Institution bietet ausser Beratung und Freizeitangeboten zur Lebensgestaltung im Alter Hilfe im Haushalt, Mahlzeitendienst und Mittagstische an (Pro Senectute).

Im Bereich **Alterswohnungen und Hausgemeinschaften** gibt es im Kanton Basel-Stadt verschiedene Modelle von Alterssiedlungen. Es handelt sich um Mietwohnungen, welche an sich eigenständig bewohnt werden. Dazu darf ein unterschiedlich intensives Angebot an Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Je nach Modell gehören dazu entweder keinerlei hauswirtschaftliche und pflegerische Dienste (aber Beratung, Animation und Gemeinschaftsanlässe) oder hauswirtschaftliche Grundversorgung plus individuell beanspruchbare zusätzliche ambulante Pflege- und Hausdienste. Es gibt desweiteren das Modell von kombinierten Überbauungen, wobei ein Hausteil an eine Familie vermietet wird und eine separate Wohnung an ältere Leute. Die freiwillige nachbarschaftliche Betreuung wird der Familie finanziell entschädigt, bleibt aber für die Empfänger kostenfrei. Dann gibt es Alterssiedlungen, die einem Alters- oder Pflegeheim angegliedert sind, dessen Infrastruktur und Hilfeleistungen beansprucht werden kann, einschliesslich Krankenpflege, aber ausdrücklich keine Dauerpflege (Alterssiedlungen Basel-Stadt).

## VERSCHIEDENE PFLEGEHEIME

In den Basler **Pflegeheimen** sind die Bewohner zur stationären oder teilstationären Betreuung untergebracht. Die dortigen Hilfeleistungen zur Körper- und Krankenpflege entsprechen gemäss dem allgemeinen Leistungskatalog der Spitexpflege. Dazu kommt die hauswirtschaftliche Versorgung.

In **Tagespflegeheimen** nehmen die Gäste die Leistungen nach Bedarf an unterschiedlich viel Tagen in Anspruch.

In **Pflegewohngruppen** innerhalb der Heimanlage oder als selbständige Aussenwohngruppen wird familiäres, gemeinschaftliches Wohnen mit den eigenen Kompetenzen der Bewohner betont.

Einzelne Heime sind auf besonderen Pflege- oder Betreuungsbedarf spezialisiert und passend eingerichtet: Dazu gehört ein Heim für jüngere durch Unfall oder Krankheit schwerbehinderte Menschen, drei Heime bzw. eine Heimabteilung für unter Verwirrungszuständen oder stark ausgeprägter Demenz Leidende, vier Pflegewohngruppen für Suchtkranke (unter der Leitung des

Heims Sternenhof) und unter der Leitung mehrerer Pflegeheime werden verschiedene psychogeriatrische Abteilungen bzw. eine solche Wohngruppen, die für ältere Menschen mit psychiatrischen Störungen angeboten (Gesundheitsversorgungsbericht, 2010, S.36,37,42).

## SOZIALE HEIME

Es bestehen im Kanton Basel-Stadt Wohnangebote, die auf Menschen mit **Sucht-, psychischen und/oder Sozialproblemen** ausgerichtet sind. Sie werden als „Soziales Wohnen“ definiert. Sie sind für Personen verschiedenen Alters offen und werden tatsächlich von jüngeren, mittleren und älteren Süchtigen genutzt. Eine mehrjährige Wohndauer ist in den meisten vollzeitlichen Wohnformen möglich, sie beträgt aber überwiegend weniger als ein Jahr. Das Soziale Wohnen hat das Ziel, die Unterkunft, die Verpflegung und teilweise die Beschäftigung für Menschen mit Sucht- oder Sozialproblemen sicher zu stellen, welche über keine andere Wohnmöglichkeit verfügen. Es geht um Förderung zu Selbständigkeit und Wohnkompetenz. In diese Kategorie gehören keine Einrichtungen mit medizinischer, pflegerischer oder therapeutischer Hauptausrichtung.

In einigen Heimen wird leichte Pflege, Medikamentenausgabe und sozialarbeiterische Betreuung geleistet. Beispielsweise in den Wohnheimen der Heilsarmee, dem Hostel Volta und dem Haus Elim. )

Das Haus Spalen hingegen ist eine Einrichtung, die speziell auf Süchtige mit Behinderungen ausgerichtet ist. Bietet aber ansonsten das gleiche Angebot wie die Wohnheime der Heilsarmee, das Hostel Volta und das Haus Elim.

Zum „Sozialen Wohnen“ gehören auch Einrichtungen zur **Wohnvermittlung**, bei der Süchtige oder psychisch Kranke, welche Unterstützung alleine wohnen zu können, benötigen. Die Klienten sind Untermieter der von der Institution angemieteten Wohnungen. Als Beispiele dafür können die Wohnhilfe und das Heks Wohnen beider Basel genannt werden.

Zusätzlich gibt es sowohl **Tages- als auch Nacht-Aufenthaltsplätze** im Kanton Basel-Stadt.

Tagesplätze sind das Tageshaus für Obdachlose, die Kontakt- und Anlaufstellen, die Einrichtung „Daylight“, der Treffpunkt „Glaibasel“, die „frauen-oase“ und die Gassenküche.

Übernachtungsmöglichkeiten für Obdachlose bietet die Notschlafstelle.

Die genannten Aufenthaltsplätze werden mehrheitlich von Personen besucht, die psychoaktive Substanzen konsumieren. Sie stellen Räume zur Verfügung und die Besucher/innen können ihre elementaren Grundbedürfnisse befriedigen. Sie können auch professionelle Begleitung, Beratung und teilweise Verpflegung in Anspruch nehmen. Die „frauen-oase“ bietet auch medizinische Hilfe für von sexuell übertragbaren Krankheiten betroffene Frauen (Gesundheitsdepartement, 2007, S. 43 ff, 60ff, Regierungsrat Kt.BS, 2009, S.24 ff).)

## THERAPIEEINRICHTUNGEN

Im Kanton Baselstadt gibt es drei **Suchttherapie-Einrichtungen** für Konsumenten von harten Drogen, die abstinenz- oder substitutionsorientiert ausgerichtet sind, mit nieder- bis hochschwelligem Niveau. Die vorgesehene Therapiezeit beträgt sechs Monate. Das Haus „Gilgamesch“ toleriert den Konsum, ihr Ziel ist die Stabilisierung von Wohnen und Arbeit. „Spektrum“ organisiert **Familienplatzierungen** mit dem Ziel zur Abstinenz. Das **Reintegrationsprogramm** „Stadtlärm“ ist ebenfalls abstinenzorientiert und hat als Schwergewicht ihre Klienten wieder in die Gesellschaft einzugliedern (Gesundheitsdepartement, 2007, S.52 ff).

## SPITÄLER

Die Psychiatrische Universitätsklinik und die Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals Basel-Stadt bieten auch Therapieaufenthalte für Drogensüchtige und Alkoholabhängige mit kurzer oder mittlerer Dauer an. Das Ziel ist in der Regel Entzug, Stabilisierung oder Entwöhnung (Gesundheitsdepartement, 2007, S. 55 ff). Dort, sowie in Spitälern für Geriatrie und Neurologie, bleiben einige Patienten auch auf Dauer wohnen (Gesundheitsdepartement, 2007, S.71 ff).

## ÜBERBLICK ÜBER WOHNANGEBOTE FÜR KONSUMIERENDE VON PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN

Wie in diesem Kapitel bereits ausgeführt, gibt es im Kanton Basel-Stadt verschiedene soziale Einrichtungen, die sich um Konsumenten von psychoaktiven Substanzen kümmern. Für die vorliegende Arbeit wurden die folgenden Wohn- und Therapieeinrichtungen als wichtig empfunden, denn sie bieten Süchtigen die Möglichkeit eines betreuten Wohnens. In den folgenden Tabellen sind die Auslastungen dieser Wohn- und Pflegeheime dargestellt.

Niederschwelliges betreutes und begleitetes Wohnen (Soziale Heime)					
Institution	Plätze 2009/10	Belegte Plätze 2009/10	Plätze 2011/12	Belegte Plätze Ende 2011	Zielgruppen
Haus Elim	35	35	38	36	von Sucht, psychisch oder sozial Beeinträchtigte
Haus Spalen	25	25	25	25	von Sucht, psychisch oder sozial Beeinträchtigte
Heks	40	40	50	50	von Sucht oder anderweitig Beeinträchtigte
Hostel Volta	28	28	30	30	von Sucht, psychisch oder sozial Beeinträchtigte
Wohnhilfe	80	74	80	unklar	von Sucht, psychisch oder sozial Beeinträchtigte

Tabelle 2: Übersicht Niederschwelliges betreutes und begleitetes Wohnen

Therapieeinrichtungen					
Institution	Plätze 2009/10 (max.6 Monate)	Betreute Klienten 2009/10	Plätze 2011/12	Betreute Klienten Ende 2011	Zielgruppe
Spektrum	8	21	8	21	Abhängige von harten Drogen abstinenzorientiert
Stadtlärm	10	19	10	24	Abhängige von harten Drogen, abstinenzorientiert
Haus Gilgamesch	13	25	13	20	Drogenabhängige in heroingestützter Behandlung

Tabelle 3: Übersicht Therapieeinrichtungen

Alters- und Pflegeheim mit Einrichtungen für Suchtkranke					
Institution	Plätze 2009/10	Belegte Plätze 2009/10	Plätze 2011/12	Belegt Ende 2011	Zielgruppe
<b>Sternenhof</b>	14	14	14	14	Suchtkranke, Konsum innerhalb des Hauses verboten

Tabelle 4: Übersicht Alters- und Pflegeheime mit Einrichtungen für Suchtkranke

Andere Einrichtungen wie beispielsweise die Kontakt- und Anlaufstellen oder die Gassenküche bieten ihren Benutzenden keine Wohnmöglichkeit, weshalb die Benutzerzahlen für diesen Abschnitt der Arbeit nicht vorrangig sind. Weiter sind an dieser Stelle auch die Alters- und Pflegeheime, welche Suchtbetroffenen bisher keine Plätze anbieten, nicht aufgeführt.

## DEMOGRAPHISCHE ZAHLEN UND ENTWICKLUNG IM KANTON BASEL-STADT

Die in der Ausgangslage aufgeführte demographische Entwicklung in der Schweiz in Bezug auf Süchtige gilt genauso für den Kanton Basel-Stadt, wie es beispielsweise nachfolgende Abbildung verdeutlicht.

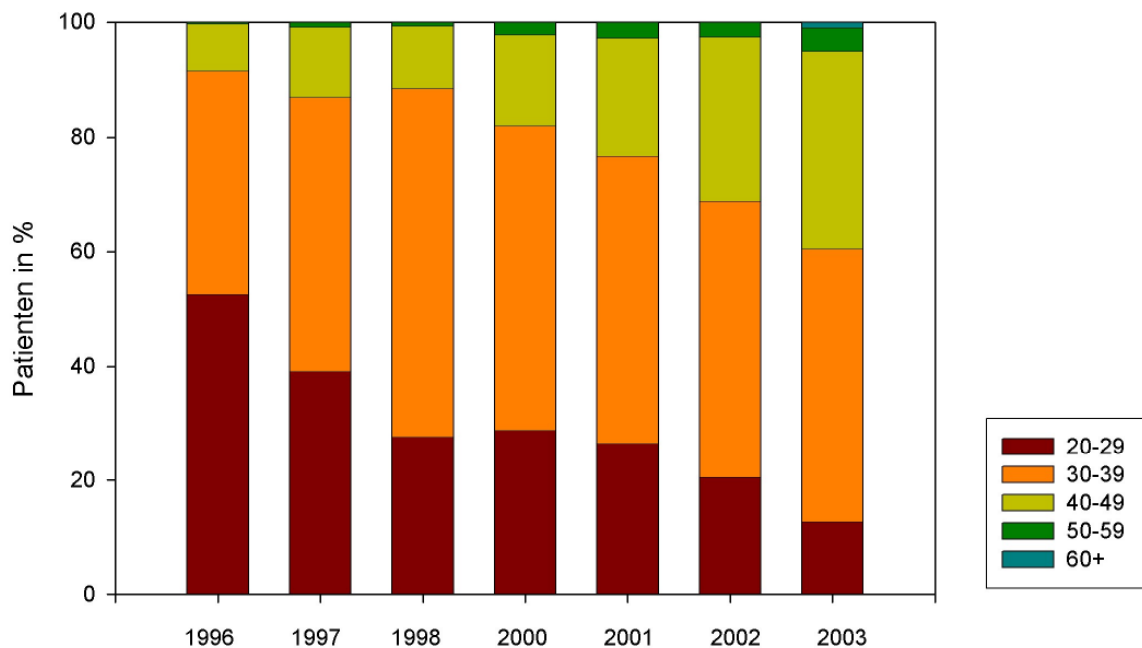


Abb. 1: Altersentwicklung am Beispiel der Methadon-Patienten im Kanton Basel-Stadt

Aktuellere Zahlen über das Alter finden sich im Jahresbericht 2012 des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt. Da es keine Gesamtzahlen gibt, wird in der nachfolgenden Tabelle die Altersentwicklung des Klientels einzelner Institutionen mit Patienten in Methadon- oder Heroinbehandlung über die letzten drei Jahre verdeutlicht.

Institution	Ø Alter 2009	Ø Alter 2010	Ø Alter 2011
UPK/ Janus <sup>1</sup>	42	42	43,5
UPK/ ADS <sup>2</sup>	42	43	44,2
ZFS <sup>3</sup>	41	41	42

Tabelle 5: Altersentwicklung der letzten drei Jahren in Methadon—und Heroingestützten Behandlungen

## SUBSTITUTINGSGESTÜTZTE BEHANDLUNGEN IN BASEL-STADT

Ende 2011 waren 1140 Personen in Basel Stadt in einer substitutionsgestützten Behandlung. Dabei handelt es sich um **medizinische und psychosoziale Interventionen** bei Heroinabhängigkeit. Ziel einer Behandlung ist, dass illegale Heroin durch ein ärztlich verschriebenes Opioid zu ersetzen. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Methadon. Im Kanton Basel-Stadt bieten insgesamt drei Einrichtungen eine substitutionsgestützte Behandlung an. So bietet das Janus und der Ambulante Dienst Sucht der Universitäten Psychiatrischen Kliniken sowie das Zentrum für Suchtmedizin diese Behandlungen an. Ausserdem steht es den suchtmittelabhängigen Personen frei, sich bei ihren Hausärzten mit einem Substitut behandeln zu lassen. (Abteilung Sucht, 2011, S. 31)

<sup>1</sup> ambulante Abteilung mit heroingestützter Behandlung der Universitären Psychiatrischen Klinik

<sup>2</sup> Ambulanter Dienst Sucht der Universitären Psychiatrischen Klinik

<sup>3</sup> Zentrum für Suchtmedizin

### **3. Alter und Sucht**

Im folgenden Kapitel werden die Themen Alter und Sucht genauer behandelt. Das Kapitel ist der Übersicht halber in drei Unterkapitel gegliedert. Als erstes wird auf das Thema Alter eingegangen. Da es sich beim Alter nicht nur um einen eindimensionalen, linearen Prozess handelt, wird erörtert, anhand welcher Merkmale das Alter sich zusammensetzt. Zu diesem Zweck wird genauer auf die einzelnen „Alterungsebenen“ eingegangen werden.

Im zweiten Teil dieses Kapitels wird vertieft auf das Thema Sucht eingegangen. Es soll aufgezeigt werden, wie Sucht sich definiert und welche Suchtstadien in der Literatur aufgeführt werden. Weiter wird in diesem Unterkapitel ein Überblick über die verschiedenen Konsummuster gegeben und aufgezeigt, was diese bedeuten.

Im dritten Teil dieses Kapitels werden die beiden Themen Alter und Sucht miteinander verknüpft. Es wird erörtert, wie sich der Konsum von psychoaktiven Substanzen auf den Alterungsprozess auswirkt und was die physischen, psychischen und sozialen Folgen des Konsums im Alter sein können.

#### **Das Alter**

Beim Alterungsprozess handelt es sich nicht um einen eindimensionalen, linearen Prozess. Aus diesem Grund wird das Alter anhand vierer Merkmale definiert. So wird unterschieden zwischen den Dimensionen des kalendarischen, des biologischen, des psychologischen und des sozialen Alters. Dies ermöglicht, dass das Alter objektiv wahrgenommen werden kann und sich nicht nur auf die Definition des Geburtsjahres beschränkt.

#### **DAS KALENDARISCHE ALTER**

Das kalendarische Alter wird auch als chronologisches Alter bezeichnet. Dieser Aspekt des Alters zeigt auf, wie viel Zeit seit der Geburt eines Menschen verstrichen ist. Das kalendarische Alter ist für gesetzliche Aspekte (z.B. Schuleintritt, Volljährigkeit, Wahlrecht etc.) relevant. Das chronologische Alter wird von Geburt an definiert und hat somit keinen Einfluss auf den Alterungsprozess. In der Gesellschaft werden mit dem kalendarischen Alter aber bestimmte Vorstellungen verbunden, die beispielsweise den Beginn gewisser Altersabschnitte definieren wie beispielsweise den des Pensionsalters (Kühn, 2006, S. 140).

## DAS BIOLOGISCHE ALTER

Das biologische Alter definiert die körperlichen Gegebenheiten und den altersbedingten Zustand des Körpers. Es wird als lebenslanger Prozess definiert, der zum „natürlichen Tod“ führt, sofern nicht vorher eine Krankheit oder ein Unfall das Leben beenden.

Im Gegensatz zum chronologischen Alter ist der Ablauf des biologischen Alters individuell und kann nicht „fest definiert“ werden. Das biologische Alter kann beispielsweise an der Beschaffenheit der Haut (wird dünner, weniger elastisch, trockener und weist Pigmentierungsflecken auf) oder an den grauen Haaren benannt werden (Tews, 1971, S. 51).

## DAS PSYCHOLOGISCHE ALTER

Das psychologische Alter zeigt auf, wie sich die Persönlichkeit eines Individuums im Laufe der Zeit verändert und es seine jeweilige Situation an das Alter anpassen kann. Wurde lange Zeit die Abnahme der adaptiven Fähigkeiten eines Individuums wie beispielsweise Intelligenz oder Gedächtnis dem zunehmendem kalendarischen Alter zugeschrieben, wird heute davon ausgegangen, dass die Chancen für eine Weiterentwicklung der Fähigkeiten bis ins hohe Alter vorhanden sind. Grundlage für diese Ausgangslage sei, dass die Leistungsfähigkeit und Kompetenz nicht nur vom kalendarischen und/oder biologischen Alter abhängig sei, sondern von der gesamten Lebenssituation und dem bisherigen Lebensverlauf, sowie der persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Faktoren (Kühn, 2006, S.141).

## DAS SOZIALE ALTER

Das soziale Alter ist schwer zu fassen. Zum einen bestimmen gesellschaftliche Definitionsprozesse ab wann jemand als alt gilt, zum anderen ist das soziale Alter abhängig von den Veränderungen innerhalb des engeren und weiteren sozialen Umfelds eines Menschen. Das soziale Alter kann auch als Reifeprozess beschrieben werden. So sind prägende Lebensabschnitte wie Berufsleben, Familiengründung und Selbstfindung abgeschlossen. An deren Stelle treten dann neue, von kalendarischen Alter, abhängige Herausforderungen. So wird zum beispielsweise das soziale Umfeld mit zunehmendem Alter kleiner, das berufliche Umfeld fällt weg und körperliche Beeinträchtigungen machen sich im Alltag bemerkbar. Durch diese Herausforderungen kann sich der Altersprozess beschleunigen. Dabei ist aber zu beachten, dass nicht die Menge der sozialen Kontakte, sondern deren Qualität von Bedeutung sind (Tews, 1993, S. 45).



## Die Sucht

Wie im Duden zu finden ist, hat das Wort „Sucht“ seinen Ursprung in dem althochdeutschen Wort „suht“, welches eine Abänderung des Wortes „siechen“ (Krankheit) ist. In der heutigen Zeit hat der Begriff „Sucht“ eine weitreichende Bedeutung. So können sowohl psychische, physische und soziale Abhängigkeiten darunter verstanden werden.

Wie Niekrens erläutert, definiert die Weltgesundheitsorganisation seit 1957 Sucht wie folgt:

*„Einen Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, der durch den wiederholten Gebrauch von natürlichen oder synthetischen Substanzen hervorgerufen wird und durch die Kriterien des unbezwingbaren Verlangens der Beschaffung und der Einnahme des Mittels (Abstinenzunfähigkeit), der Tendenz zur Dosis-Steigerung (Toleranzsteigerung), der psychischen oder auch physischen Abhängigkeit von der Wirkung der Substanz und der Schädlichkeit für den Betroffenen selbst oder für andere bestimmt wird“.*

Bei Suchtverhalten kann auch von einem Zwang gesprochen werden, ein Verhalten zu wiederholen, eine Menge zu steigern und die Angst, das (süchtige) Verhalten aufzugeben. Solchem Verhalten liegt immer eine Interaktion zwischen Persönlichkeit, Umwelt und Suchtmittel zu Grunde. Neben substanzgebundenen Suchtformen, wie der Konsum von psychoaktiven Substanzen, mit denen sich die vorliegende Arbeit befasst, gibt es auch substanzungebundene Süchte wie beispielsweise Magersucht.

In der Literatur wird zwischen Abhängigkeit und Sucht unterschieden. So bedeutet Abhängigkeit nicht ohne ein Mittel oder Verhalten Leben zu können. Trotz Abhängigkeit können Betroffene bei gleichbleibendem Konsum ein weitgehend normales Leben führen. Sie sind in der Lage Verantwortung zu übernehmen, eine Arbeit auszuführen und soziale Kontakte zu pflegen. Gilt jemand als süchtig, ist dies nicht mehr möglich. Die Sucht beinhaltet ein auf das Suchtmittel eingeschränktes Leben. Dabei gelangen Betroffene in eine Spirale von Konsum und Beschaffung, welche es ihnen nicht mehr ermöglicht, am „normalen“ gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Purcell-Riederer, 2010, S. 7).

## KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Um die Beschreibung und Interpretation psychischer Störungen weltweit zu vereinheitlichen gibt es Diagnose-, bzw. Klassifikationssysteme. Derzeit sind die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene „International Classification of Diseases“, bekannt als ICD-10, und das von der

Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ bekannt als DSM-IV die zwei gängigsten. Beide Klassifikationssysteme haben sich in ihrer neuesten Version sehr stark einander angenähert, daher sind die einzelnen Beschreibungen in den massgeblichen Punkten gut vergleichbar.

#### KLASSIFIKATIONSSYSTEM ICD-10

Das ICD-10 beschreibt das Abhängigkeitssyndrom wie folgt:

*„ Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, verhaltens und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren“*

Der ICD-10 stellt nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation diagnostische Leitlinien dar.

Gemäss diesen Leitlinien kann die Diagnose „Abhängigkeit“ gestellt werden, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden sind:

- Starker Konsumwunsch oder- zwang nach psychotropen Substanzen
- Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten (Dosis-Steigerung)
- Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig nachweislichen Folgeschäden
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Körperliche und/oder substanzspezifische Entzugssymptome bei Reduzierung der Dosis
- Fortschreitende Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums

#### KLASSIFIKATIONSSYSTEM DSM-IV

Die psychische Störung „Sucht“ wird laut der Definition nach DSM-IV als Substanzabhängigkeit bezeichnet. Das Hauptmerkmal der Sucht ist ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, dass das Individuum den Substanzgebrauch trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt. Sind folgende Bedingungen gegeben, wird nach DSM-IV von Sucht gesprochen.

Substanzkonsum häufig in grösseren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt

- Toleranzentwicklung (höhere Dosierung wird notwendig, um den gleichen Effekt zu erzielen und/oder Konsum mit der Absicht, Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden)

- hoher Zeitaufwand, um psychotrope Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Auswirkungen zu erholen
- fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Erkennens anhaltender oder wiederkehrender sozialer, psychischer oder gesundheitlicher Probleme verursacht oder verstärkt durch Substanzkonsum<sup>4</sup>

## MERKMALE UND PHASEN DER SUCHTENTWICKLUNG

Wie bereits in der Definition der Weltgesundheitsorganisation verankert ist, neigen Substanzabhängige dazu, ihre Toleranz, bzw. ihre Dosis zu steigern. Deshalb werden folgende Stadien und Muster von Sucht und Konsum unterschieden:

### DAS VORSTADIUM

Der/die Konsument/in setzt in diesem Stadium das Suchtmittel wegen seines psychotropen Effektes ein, beispielsweise im Sinne einer antidepressiven Selbstbehandlung bei psychisch belastenden Problemen.

### DAS GEWOHNHEITSSTADIUM

In diesem Stadium wird das (potenzielle) Suchtmittel zunehmend häufiger, regelmässiger, intensiver und in grösseren Mengen konsumiert, zumal inzwischen oft eine körperliche und/oder psychische Gewöhnung eingetreten ist.

### DAS SUCHTSTADIUM

Erst nach dem- mehr oder minder deutlichen- Durchlaufen dieser beiden typischen Vorstadien kann ein Mensch in das Suchtstadium, das heisst in eine physische und psychische Abhängigkeit geraten. Befinden sich Konsumierende in diesem Stadium, dreht sich ihr gesamter Lebensinhalt um die Beschaffung und den Konsum des konsumierten Stoffes (Brusa, 2011/2011)

## KONSUMMUSTER

Parallel zu den einzelnen Stadien der Suchtentwicklung, entwickeln sich auch einzelne Konsummuster. Obwohl die Konsummuster ähnlich aufgebaut sind, wie die Stadien, bedingen sie einander nicht zwingend. Das heisst, es kann sich jemand bereits im Gewohnheitsstadium befinden, aber ein risikoarmes Konsummuster aufweisen. In der Regel jedoch, kann davon ausgegangen

---

<sup>4</sup> American Psychiatric Association, Washington, DC (1994).

werden, dass mit dem Eintreten in ein neues Stadium auch ein neues Konsummuster angeeignet wird.

#### RISIKOARMER KONSUM

Weisst jemand einen risikoarmen Konsum auf, bedeutet dies das der Konsum (noch) kontrolliert stattfindet. Die Konsumierenden mit diesem Konsummuster konsumieren in der Regel nur gelegentlich und/oder begnügen sich mit einer tiefen Dosierung.

#### PROBLEMATISCHER KONSUM

Diesem Konsummuster gehören sowohl der Risikokonsum als auch der gesundheitsschädigende Konsum an. Das heisst, die Substanz/en werden regelmässig bis oft, mit erhöhten Dosen konsumiert. Mit dem Ausleben dieses Konsummusters wird bereits eine Schädigung der Gesundheit in Kauf genommen.

#### ABHÄNGIGKEIT

Der Begriff „Abhängigkeit“ wird von der Weltgesundheitsorganisation folgendermassen definiert:

*„... als einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird.“*

Das Konsummuster der Abhängigkeit weist sich daher vor allem durch den Kontrollverlust über den Konsum auf. Konsumierende sind sich den Problemen, Risiken und Folgen des Konsums bewusst, können aber dennoch nicht mehr ohne den Stoff zurechtkommen. Eine Absetzung der Droge hätte die typischen Folgen der Entwöhnung als Konsequenz, weshalb dieses Konsummuster schwer durchbrochen werden kann.

## Sucht und Alter

Wie in der Praxis ersichtlich wird, werden die Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen immer älter. Das Autorenteam erklärt sich diese Entwicklung unter anderem damit, dass die Vier-Säulenpolitik, respektive das Würfelmodell in der Schweiz erfolgreich umgesetzt wird.

Wie Prognosen aus den USA und aus England aufzeigen, kann aus diesen Gründen davon ausgegangen werden, dass sich in den nächsten fünf bis zehn Jahren der Anteil der über 40 Jährigen Drogenkonsumenten/innen verdoppelt oder gar verdreifachen wird (Purcell-Riederer, 2010, S. 29).

In diesem dritten Teil des Kapitels soll aufgezeigt werden, wie sich die vorgängig beschriebenen Alterungsprozesse unter dem Einfluss von psychoaktiven Substanzen ändern. Es soll beschrieben werden, wie sich die Risiken und Folgen des Konsums auf der psychischen, physischen und sozialen Ebene im Alter auswirkt. Um diesen Teil übersichtlich zu gestalten, wird er nach den drei Alterungsebenen des biologischen, psychologischen und sozialen Alters unterteilt. Das kalendarische Alter wurde in diesem Unterkapitel nicht beachtet, da der Konsum von psychoaktiven Substanzen keinen Einfluss auf diese Alterungsebene ausübt.

### BIOLOGISCHES ALTERN MIT PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN

Langzeitiger Konsum von psychoaktiven Substanzen hat erhöhte gesundheitliche Risiken zur Folge. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Alterungsprozess durch den Konsum beschleunigt wird. D.h., dass altersbedingte Erkrankungen wie Diabetes oder Altersdemenz bereits früher einsetzen. Werden die Stoffe unsauber konsumiert, besonders bei intravenösem Konsum, können auch schwere Begleiterkrankungen wie HIV/Aids, Hepatitis C und Lebererkrankungen auftreten, welche sich beschleunigend auf den Alterungsprozess auswirken. Dies kann dazu führen, dass Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen bereits ca. ab ihrem 40 Lebensjahr in verhältnismässig kurzer Zeit an mittleren bis schweren Beeinträchtigungen leiden. (Vogt, 2009, S. 29 ff).

Bettina Purcell-Riederer hat im Rahmen ihrer Bachelor-Arbeit ein Interview mit der Fachärztin Frau Dr. Katharina Hensle Koch geführt. Diese bestätigt, dass der Konsum illegaler psychoaktiven Substanzen zu einem Alterungsprozess führt, der dem des normalen biologischen Alters etwa 20 Jahre vorgezogen ist. Konsumierende psychoaktiver Substanzen leiden laut der ICD-10 Klassifikation unter einer psychischen Störung, die sich durch den regelmässigen, bzw. langjährigen Konsum noch verstärken. Mit zunehmendem Alter (ab ca. 45 Jahren) wird der Konsum risikoreicher und kann zu einer Vielzahl somatischer Schädigungen führen (z.B. Embolien, Thrombosen, offene Beine etc.). Oftmals sind ein sehr geschwächtes Immunsystem und eine damit erhöhte Anfälligkeit auf Infekte

Folgeerscheinungen von HIV-Infektionen. Bei langjährigem Konsum von Alkohol steigt zudem das Risiko für Leberzirrhosen und alkoholischer Hepatitis. Die meisten dieser Erkrankungen haben eine enorme Auswirkung auf die Gesundheit und enden oftmals tödlich. Dies bedeutet, dass der körperliche Abbau von alternden Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen von Infektionskrankheiten geprägt ist, ebenso wie von Thrombosen und Abszessen und deren unschönen Folgen.

Purcell-Riederer weist darauf hin, dass werden sowohl illegale psychoaktive Substanzen als auch Alkohol konsumiert, dies zu einer Leber- und später zu einer Hirnschädigung führt. Dadurch kann sich der somatische Gesundheitszustand, wie auch die kognitive Leistungsfähigkeit in kürzester Zeit rapide verschlechtern (Purcell-Riederer, 2010, S. 29 ff.).

## PSYCHOLOGISCHES ALTERN MIT PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN

Viele Konsumenten/innen leiden häufig an psychischen Störungen wie Depressionen und Ängste. Diese werden durch den Konsum und das zunehmende Alter verstärkt. Laut Frau Dr. Kathrin Hensle Koch, wie Purcell-Riederer festhält, kommen oftmals Tendenzen zur Gleichgültigkeit und den Rückfall in kindliches Konsummuster hinzu. Wie während Gesprächen mit Nutzenden der Kontakt- und Anlaufstellen in Basel festgestellt werden konnte und durch Hensle Koch bestätigt wird, wird Heroin oftmals zur Selbstmedikation eingesetzt. Es soll vor allem dazu dienen, mit der Unfähigkeit zur Konfliktbewältigung umzugehen und die persönlichen Schwächen zu kompensieren. Bei langjährigem Konsum bedeutet dies für die Konsumenten/innen, dass sie der Überzeugung sind, nur mit Heroin leistungsfähig zu sein. Dieses Verhalten führt oftmals zu einer verfrühten Einsamkeit von Konsumierenden. Oftmals geht diese Einsamkeit nach langjährigem Konsum Hand in Hand mit depressiven Gedanken, Sinneskrisen und suizidalen Gedanken. Purcell-Riederer führt auf, dass der langjährige Konsum oft zu einer Verharmlosung der eigenen Situation führt. Als Folge davon werden Probleme nicht in ihrer eigentlichen Relation wahrgenommen. Dies kann dazu führen, dass Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen ihre eigene Hygiene vernachlässigen und verwahrlosen. Durch den Rückzug aus dem sozialen Leben, verlieren sie ihren Tag-Nacht-Rhythmus, was sich wiederum auf das biologische Alter auswirkt. Oftmals werden Langzeitkonsumierende mit zunehmendem Alter „lebensmüde“. Dadurch versuchen sie Stress zu vermeiden und eine (gleichgültige)Gelassenheit stellt sich ein (Purcell-Riederer, 2010, S. 31).

## SOZIALES ALTERN MIT PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN

Vom Konsum psychoaktiver Substanzen beeinflusst, verbringen Konsumierende meist einen Grossteil ihrer Biographie unter drogen- und illegalitätsbezogenen Bedingungen. Diese sind geprägt durch Folgeerkrankungen und Behinderungen sowie durch eine andere Umgangssprache, einen anderen Kleidungs- und Lebensstil. Im Verlauf der Jahre erwerben die Betroffenen so andere Fähigkeiten und einen anderen Erfahrungsschatz, als dies unter normalen Bedingungen der Fall wäre. In der Regel haben sich die Betroffenen in der Illegalität bewegt und sind mit dem Gesetz in Konflikt gekommen. Prägend können Erfahrungen wie Prostitution, Beschaffungskriminalität und Aufenthalte in Gefängnissen oder/und Psychiatrien sein. Wie Purcell-Riederer aufführt, können gegenüber älteren Drogenabhängigen Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse beobachtet werden. So kapseln sie sich selber gegenüber dem Drogenmilieu ab und werden als Folge davon auch ausgeschlossen. Von der „normalen“ Gesellschaft wurden sie in der Regel schon lange vorher geächtet. Als Folge davon haben Betroffene bereits vor Erreichen des Pensionsalters oft nur noch wenige soziale Kontakte. Meist beschränken diese sich auf die Ursprungsfamilie. Da die mittlerweile „alte“ Generation von Konsumierenden (60er/70er Generation) mit anderen Werten und Normen aufgewachsen sind und die Familiengründung und Eheschliessung früher stattgefunden hat, als in der heutigen Zeit, haben viele von ihnen Kinder. Purcell-Riederer schreibt, dass viele Konsumierende nach jahrelangem Kontaktabbruch den Kontakt zu ihrer Familie wieder aufnehmen.

Weiter hält Purcell-Riederer fest, dass ältere Konsumierende ihr Alter weniger Bewusst wahr nehmen. Dies sei an ihrer Kleidung und an ihrer Umgangssprache festzustellen, die oftmals nicht zu ihrem Alter zu passen scheinen. Durch die Stagnierung dieses (optischen) Alterungsprozesses, wird ein Kontakt und Austausch mit gleichaltrigen Menschen erschwert. Kommen mit zunehmendem Alter noch physische und psychische Gebrechen hinzu, welche die selbständige Lebensführung beeinflussen, führt dies zu einer Einengung des Lebensraumes und des sozialen Netzwerkes. Leiden die Betroffenen zusätzlich unter einer Substanzabhängigkeit, verdichten sich diese Einschränkungen noch mehr, da Menschen mit einer Abhängigkeit von vornherein über ein massiv viel kleineres soziales Netzwerk verfügen, als „normale“ (Purcell-Riederer, 2010, S. 32 ff).

## 4. Theorie

Im vierten Kapitel dieser Bachelor-Arbeit werden die für die Arbeit verwendeten Theorien aufgelistet. Als Grundlage dafür wird die Theorie des gesellschaftlichen Wandels nach G. Husi verwendet. Ergänzend dazu werden die menschlichen Bedürfnisse, wie Silvia Staub-Bernasconi und Werner Obrecht sie aufführen, aufgezeigt. In einem weiteren Teil werden die zurzeit gängigsten Theorien zu dem Thema Alter erörtert. In dem später folgenden Kapitel „Diskussion der Ergebnisse“ wird auf diese Theorien Bezug genommen werden, um die Ergebnisse der durchgeführten Umfrage auszuwerten und zu interpretieren.

Der Übersicht halber ist auch dieses Kapitel in Unterkapitel, nach Thematik der aufgeführten Theorien, unterteilt.

### Theorie des gesellschaftlichen Wandels

Die Gesellschaft befindet sich stets im Wandel. Dieser Prozess wird nicht gezwungenermaßen von allen gleich wahrgenommen. Denn wie Husi in seinem Skript Gesellschaftlicher Wandel ausführt, gibt sich Wandel nur vor dem Hintergrund des bleibenden zu erkennen. Wird nun von einem Individuum ausgegangen, wirken verschiedene Einflüsse auf das Lebensgefühl der Betroffenen. Diese Einflüsse sind von der Gesellschaft gegeben und können durch eigenes Streben kaum verändert werden. In Abb. 2 Gesellschaftsbild der Modalen Strukturierungstheorie wird von der Modalen Strukturierungstheorie ausgegangen nach Husi ausgegangen.



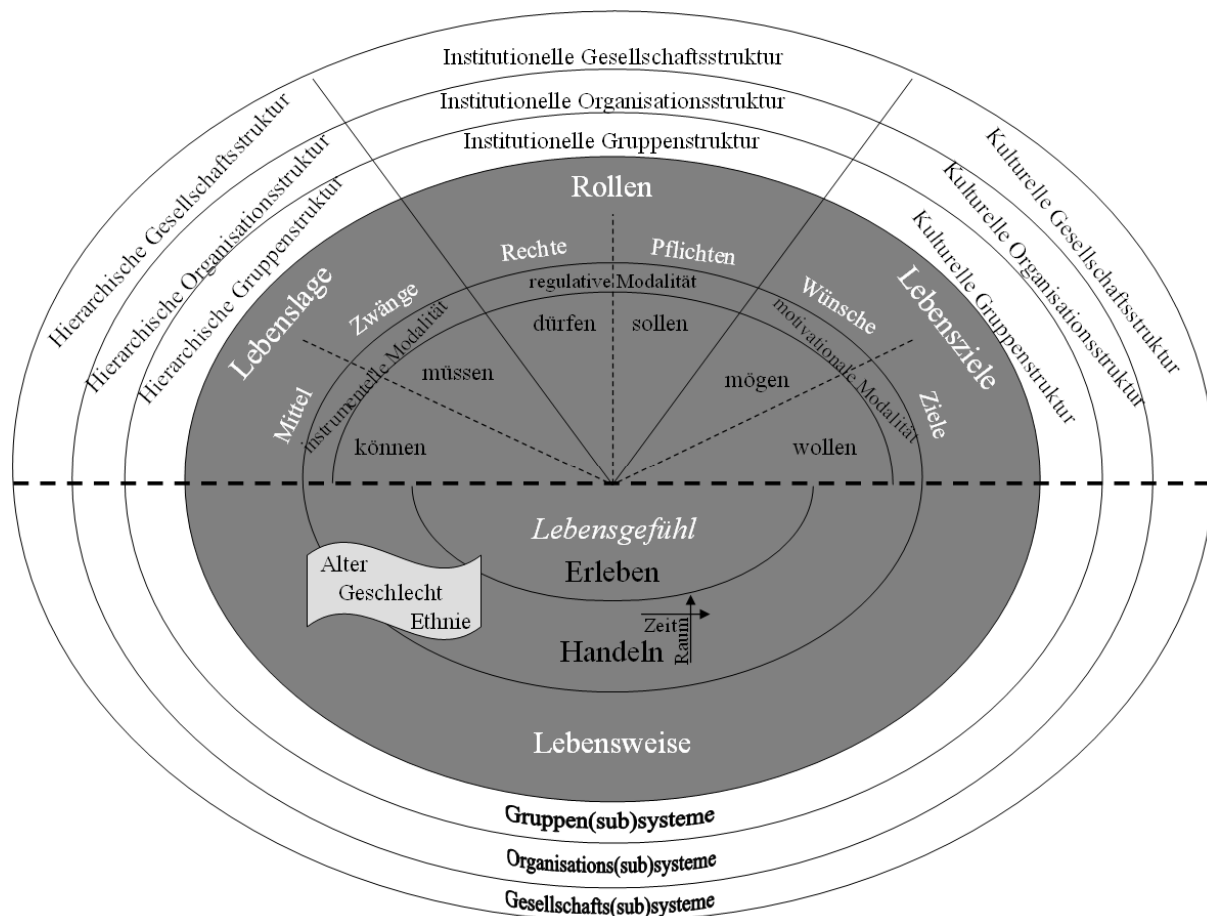


Abb. 2 Gesellschaftsbild der Modalen Strukturierungstheorie

Wie aus dem Modell ersichtlich wird, wird das Zentrum, also das Lebensgefühl des Individuums geprägt von verschiedenen (Sub)Systemen. Weiter wirken die kulturellen, hierarchischen und institutionellen Strukturen der jeweiligen (Sub)Systeme auf das Individuum ein. Anthony Giddens unterscheidet diesbezüglich ähnlich wie Bourdieu zwischen *Struktur und Handeln*. Zentral dabei sind die drei Modalitäten, die sich paarweise als Modalverben anordnen lassen: instrumentelle (können, müssen), motivationale (mögen, wollen) und regulative (dürfen, sollen). Entsprechend ihrer hierarchischen, kulturellen und institutionellen Position werden die Lebenslagen (Mittel und Zwänge), Lebensziele (Wünsche und Ziele) und Rollen (Rechte und Pflichten) des Individuums geprägt (Husi, 2010, S. 6 ff).

In **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** Abb. 3 Lebensbereiche der modernen Gesellschaft wird das Modell aus Abb. 2 Gesellschaftsbild der Modalen Strukturierungstheorie ergänzt. Nun werden die verschiedenen Lebensbereiche der modernen Gesellschaft ersichtlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich ein Individuum in diesen Bereich bewegt und sich diese unmittelbar auf sein Wohlbefinden auswirken. Für die betroffenen Personen ist es in der Regel erstrebenswert, in allen 16 Lebensbereichen einen Status zu erlangen

und so die eigene Identität definieren zu können. Dies wiederum wirkt sich auf den Status und somit auf das Lebensgefühl aus.

Silvia Staub –Bernasconi und Werner Obrecht (in Ernst Engelke, Stefan Bormann, Christian Spatscheck, 2009, S.452ff) sehen die Menschen in ihrem Leben ausserdem den Problemen der Bedürfnisbefriedigung und der Wunscherfüllung gegenübergestellt. Menschen haben folglich zu lernen, innerhalb der dargelegten Struktur sozialer Systeme und in Interaktion, Kooperation und allenfalls Konflikten mit anderen Menschen, Lösungen zu ebendieser Bedürfnisbefriedigung zu suchen. In ihrer Definition der Bedürfnisse lehnen Staub-Bernasconi und Obrecht an die Bedürfnispyramide von Abraham Maslow an. Sie gehen davon aus, dass es banale, ja universelle aber auch höchst individuelle Bedürfnisse – gemäss Obrecht spezifiziert in biologische, biopsychische und biopsychosoziale Bedürfnisse – gibt, welche das Individuum je nach Kontext befriedigt haben will, beziehungsweise haben muss. Die Lebensbereiche der modernen Gesellschaft nach Husi sollten also für das Individuum Möglichkeiten enthalten oder schaffen, wo dessen (höchstpersönliche) Bedürfnisse gestillt werden können. Nur wenn und sofern ein Individuum in einem Lebensbereich reelle Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung sieht, hält es sich im entsprechenden Lebensbereich auf, beziehungsweise partizipiert es an dieser spezifischen Form des gesellschaftlichen Lebens. Bleiben von einem Individuum geforderte Bedürfnisse aufgrund dessen Ausstattung oder in der Gesellschaft vorhandenen Austausch-, Macht-, Werte- und Kriterienproblemen über weite Strecken unbefriedigt, entsteht ein Ungleichgewicht, welches individuelle und soziale Probleme begünstigt.

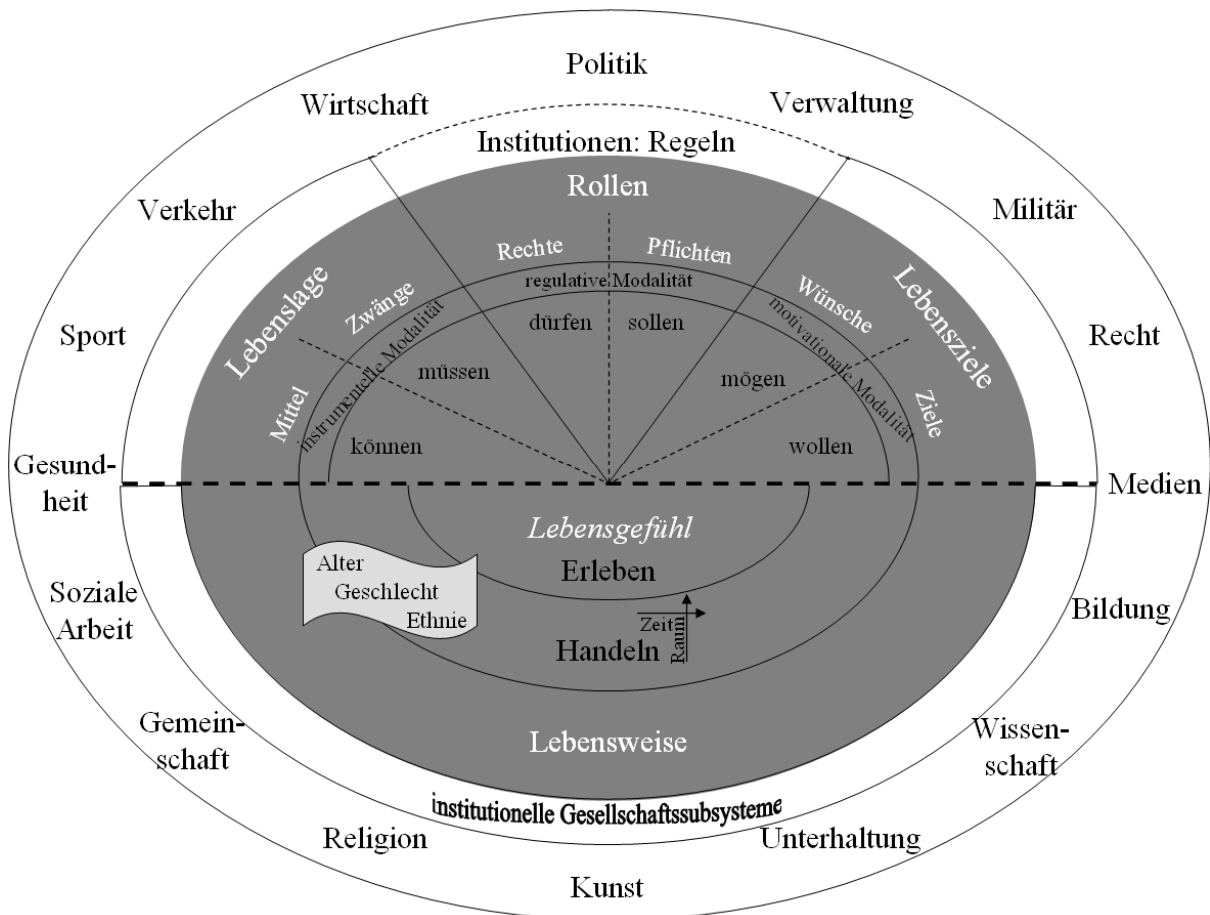


Abb. 3 Lebensbereiche der modernen Gesellschaft

Wird nun davon ausgegangen, dass in Abb. 3 ein Individuum das Zentrum bildet, welches an einer Abhängigkeitserkrankung leidet, verschieben sich die Prioritäten der Lebensbereiche.

## Politik

Die Suchtpolitik der Schweiz findet ihre Grundlage in der schweizerischen Bundesverfassung. So hält Artikel 118 BV fest, dass der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeit Massnahmen zum Schutz der Gesundheit trifft. Unter anderem erlässt er Vorschriften über „den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können“ (Bundesverfassung). Weiter bilden die Artikel 105 BV (Gesetzgebung betreffend Alkohol) und 131 BV (Tabaksteuer) die Grundlage für den Umgang mit legalen Drogen. Aufgrund dieser drei Gesetzesartikel ist die schweizerische Suchtpolitik folgende drei substanzbezogene Politikbereiche aufgeteilt:

- Alkohol
- Tabak
- Illegale Drogen

In den Bereichen Alkohol und Illegalen Drogen werden die Rahmenbedingungen von eigenen Gesetzten definiert. Dies sind das Bundesgesetz über gebrannte Wasser und das Betäubungsmittelgesetz. Zu alkoholischen Getränken sind weitere Bedingungen in verschiedenen Gesetzten und Verordnungen wie z.B. dem Lebensmittel- und Strassenverkehrsgesetz zu finden. Im Bereich des Tabaks gibt es kein eigenes Gesetz, die Regulierungen werden ebenfalls in unterschiedlichen Gesetzten und Verordnungen wie z.B. im Lebensmittelgesetz oder in der Tabakverordnung festgehalten (Herausforderung Sucht, 2010, S. 37ff)

## DAS VIER-SÄULENMODELL DER SCHWEIZERISCHEN DROGENPOLITIK

Nach dem in der Schweiz zu Beginn 1990er Jahren offenen Drogenszenen für Unmut sorgten, wurde das Vier-Säulenmodell der Drogenpolitik entwickelt und wird heute in verschiedenen Gemeinden und Kantonen, so auch im Kanton Basel-Stadt, umgesetzt.

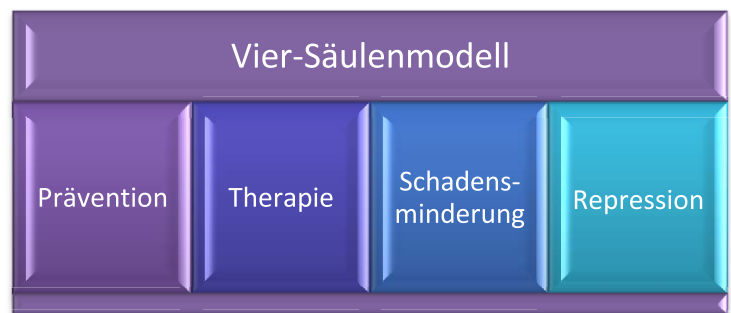


Abb. 4 Das Vier-Säulenmodell

### PRÄVENTION

Mittels Prävention soll die Entstehung eines Risikoverhaltens (Primärprävention) und/oder die negativen Konsequenzen davon (Sekundärprävention) verhindert werden. In Basel werden dazu verschiedene Kampagnen in Schulen und in der Öffentlichkeit durchgeführt (Angebotsprüfung und Bedarfsabklärung im Suchtbereich, 2007, S.14).

### THERAPIE

Durch eine Therapie sollen die Betroffenen ihre persönliche Autonomie zurückgewinnen. Die Zielsetzungen variieren zwischen dauerhaftem Ausstieg und der Verbesserung, oder der Erhaltung der Gesundheit und Lebensqualität von Betroffenen.

Im Rahmen der Säule Therapie werden sämtliche medizinischen, sozial und psychotherapeutischen Behandlungen der Probleme verstanden, welche sich aus dem Konsum von Suchtmitteln ergeben kann. Sämtliche Behandlungsoptionen (punktuell, kurzfristig oder mehrmonatig, stationär) zielen auf eine bessere soziale Integration ab (Angebotsprüfung und Bedarfsabklärung im Suchtbereich, 2007, S. 15).

## SCHADENSMINDERUNG

Die Schadensminderung ist die jüngste Säule des Vier-Säulenmodelles. Als Grundlage dient die Überzeugung, dass jeder Mensch Zugang zu lebensnotwendigen, sozialen und medizinischen Unterstützungen haben muss. Durch verschiedene Angebote sollen der Gesundheitszustand und die soziale Integration von Drogenkonsumierenden, unabhängig davon ob sie abstinent leben wollen oder können, verbessert oder zumindest erhalten werden.

Auch der gesellschaftliche Aspekt wird in dem Bereich der Schadensminderung angestrebt. So sollen offene Drogen- oder Alkoholszenen aufgelöst werden und die Beschaffungskriminalität, Verelendung und soziale Desintegration verhindert werden. Als Indikator für den Erfolg der Schadensminderungen, kann die sinkende Zahl von Drogentoten herangezogen werden (Angebotsprüfung und Bedarfsabklärung im Suchtbereich, 2007, S. 17ff).

## REPRESSION

Die Repression hat die Umsetzung des Verbotes des Konsums illegaler Substanzen zum Ziel. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) definiert die Einhaltung des Verbots der Produktion, des Handels des Besitzes sowie des Konsums illegaler Substanzen als Aufgabe der Repression. Daher umfasst diese Säule in erster Linie polizeiliche und justizielle Massnahmen (Angebotsprüfung und Bedarfsabklärung im Suchtbereich, 2007, S. 18).

## DAS WÜRFELMODELL

Als Weiterentwicklung des Vier-Säulenmodelles soll an dieser Stelle das in Abb. 5 ersichtliche Würfelmodell aufgeführt werden. Das Modell ist eine Weiterentwicklung des Vier-Säulenmodells und dient als Denkmodell zur dessen Umsetzung. Das Modell wurde um die Dimensionen Substanzen und Konsummuster erweitert und erlaubt so eine differenzierte Analyse und Planung der suchtpolitischen Massnahmen.

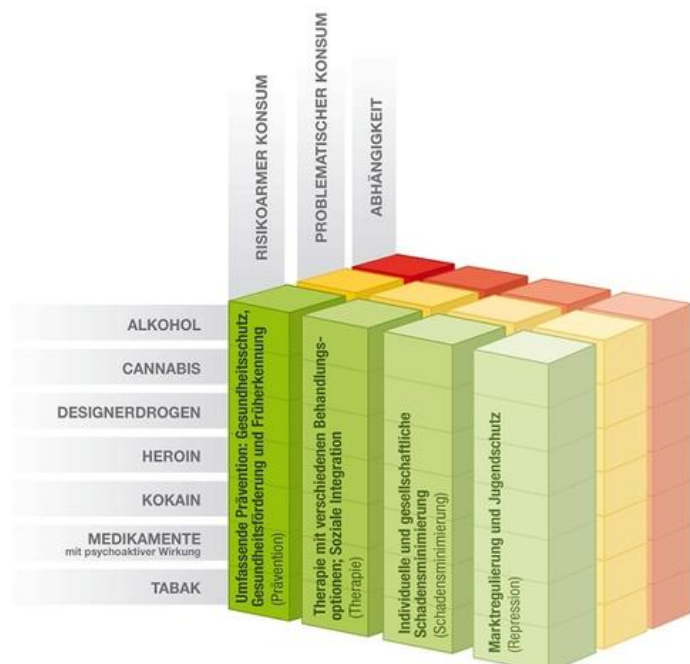


Abb. 5 Das Würfelmodell

## Alter

Zum erfolgreichen Alter und Altern gibt es bisher, laut Kühn keine umfassende Theorie. Die bisher entwickelten Modelle gehen alle von unterschiedlichen Ansätzen aus. Im Folgenden sind die zurzeit gängigsten, mit ihren Vor- und Nachteilen, aufgeführt.

### DAS DEFIZIT-MODELL

Das Defizit-Modell sieht den Alterungsprozess als immerwährenden Verlust an. Das Modell geht davon aus, dass das zunehmende kalendarische Alter einen umfassenden, biologischen Abbauprozess in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht bedingt. Durch die Veröffentlichungen der Bonner Gerontologischen Längsschnitt-Studie und der Berliner Altersstudie konnte aber nachgewiesen werden, dass einzelne Intelligenzfaktoren mit zunehmendem Alter uneinheitliche Änderungen zeigen. So nehmen zwar die sogenannten „flüssigen Intelligenzkomponenten“, welche beispielsweise für die Wendigkeit und die Konzentrationsfähigkeit wichtig sind, ab. Im Gegensatz dazu konnte bei der sogenannten „kristallisierten Intelligenz“, wie z.B. dem Allgemein- und Erfahrungswissen, keine Abnahme nachgewiesen werden. Die Fähigkeiten der Kristallinen Intelligenz werden während des gesamten Lebens trainiert und angewendet. Im Alter werden sie lediglich von dem Geschwindigkeitsfaktor beeinflusst. D.h. dass ältere Menschen gestellte Aufgaben ebenso gut lösen wie jüngere aber dafür mehr Zeit benötigen (Kühn in Biermann et al., 2006, S.152 ff).

### DIE DISENGAGEMENT-THEORIE

Der Disengagement-Theorie liegt die These zu Grunde, dass Menschen mit zunehmendem Alter aus ihren Rollen und Funktionen des mittleren Lebensalters herauswachsen (z.B. Arbeitnehmerschaft) oder sich bewusst zurückziehen (Disengagement). Dieser Rückzug liegt sowohl im Interesse der älteren Menschen, als auch der Gesellschaft. Der Rückzug ist durch den biologischen Abbau bedingt und wird vom Menschen selber gewünscht. Durch den Abbau der sozialen Kontakte, kann der Mensch seine Interaktionen reduzieren und sich auf sich selber besinnen und mit sich auseinandersetzen. Diese Auseinandersetzung stellt laut Kühn eine wesentliche Voraussetzung für ein zufriedenes Alter dar (Kühn in Biermann et al., 2006, S. 153).

An der Disengagement-Theorie wird kritisiert, dass sie als zu undifferenziert, funktionalistisch und starr empfunden wird. Sie lässt den älteren Menschen kaum einen Entscheidungsspielraum (Purcell-Riederer, 2010, S. 26). Ausserdem konnte der erwartete Zusammenhang zwischen Disengagement und Zufriedenheit nicht nachgewiesen werden. Vielmehr möchten ältere Menschen ihr Aktivitätsniveau selber wählen und können und erst so kann Zufriedenheit eintreten. Laut Kühn

unterstützt die Disengagement-Theorie die Ausgrenzung älterer Menschen aus der Gesellschaft, da sie ein negatives Altersbild prägt (Kühn in Biermann et al., 2006, S. 153).

#### DER AKTIVITÄTSANSATZ

Der Aktivitätsansatz stellt einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Aktivitätsniveau und der Lebenszufriedenheit alter Mensch dar. Der Ansatz geht davon aus, dass nur diejenigen glücklich sind, die ihr Aktivitätsniveau der mittleren Lebensjahre bis ins hohe Alter aufrecht erhalten können. So sei in einem Abbau von Aktivitäten und die damit verbundene Ausgliederung aus den sozialen Bezugssystemen die Ursache für die Krisen und Probleme älterer Menschen zu finden. Da nach dem Verlust des Berufes den älteren Menschen von der Gesellschaft keinen adäquaten neuen Rollen zugewiesen werden, erleben diese Monotonie und Langeweile. Diese haben wiederum negative physische und psychische Auswirkungen, welche sich durch Aktivierung und Reaktivierung (neue Hobbys, kulturelle Programme etc.) ausgleichen lassen. Dem Aktivitätsansatz zu folge, soll auch der Austritt aus dem Beruf verzögert werden.

Am Aktivitätsansatz kann aber kritisiert werden, dass er einen starken sozialen Druck zur Aktivität ausübt. Dieser ist im hohen Alter jedoch kaum umsetzbar. Dies zum einen weil ältere Menschen in der Regel nur jene Aktivitäten als sinnvoll erachten, die ihnen von früher Vertraut sind und die sie weiter ausüben möchten. Zum anderen können nur wenige Menschen ihren Beruf bis ins hohe Alter beibehalten. Nach Kühn sind dies Personen mit hohem sozialen Status und Berufen wie Politiker, Wissenschaftler und Künstler (Kühn in Biermann et al., 2006, S. 154).

#### DIE KOGNITIVE ALTERSTHEORIE

Die kognitive Alterstheorie geht davon aus, dass das persönliche Empfinden und nicht und die objektiven Lebensumstände entscheidend dafür sind, wie bestimmte Situationen von Menschen wahrgenommen und beurteilt werden. Eine wichtige Bedeutung nimmt daher der biographische Aspekt ein. Der Alterungsprozess wird als eine Veränderung der Erlebens- und Verhaltensweisen verstanden. Dieser wiederum ist massgeblich von den individuellen aktiven Auseinandersetzungen und der jeweiligen Lebenssituation geprägt. Kernaussage der Kognitiven Alterstheorie ist daher, dass ein Mensch dann erfolgreich altert, wenn es ihm gelingt eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen seinen Lebenszielen und deren tatsächlichem Erreichen herzustellen (Purcell-Riederer, 2010, S. 27).

### OPTIMIERUNG DURCH SELEKTION UND KOMPENSATION

Dieses Modell wird in der Literatur auch als Modell des „erfolgreichen Alterns“ aufgeführt. Eine Schwierigkeit bei diesem Modell ist, sein vergleichsweise hohe Abstraktionsniveau. Es besteht aus den drei Komponenten Selektion, Optimierung und Kompensation. Dabei bezieht sich Selektion auf die Ziele, Aufgaben und angestrebten Verhaltensweisen des Einzelnen. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch in seinen Lebensbereichen unterschiedliche Prioritäten setzt, wodurch seine Identität und sein Lebensgefühl maßgeblich geprägt werden. Selektion bedeutet nun, sich nicht nur auf die Lebensbereiche mit der höchsten Priorität zu konzentrieren, sondern auch neue oder geänderte Lebensbereiche zu erschliessen.

Unter Kompensation wird in dem Modell verstanden, verloren gegangene Fähigkeiten und andere (Handlungs)Ressourcen zu ersetzen. Vorausgesetzt wird dafür aber, die gleichzeitige Aufrechterhaltung der Lebensziele. Ziel der Kompensation ist es, Lebensziele beizubehalten, die Mittel zu deren Erreichen aber ersetzen zu können.

Die Optimierung zielt auf die Fähigkeit älterer Menschen, ihr Anspruchs- und Lebensniveau stabil halten zu können und evtl. sogar zu entwickeln. Dabei steht im Zentrum, dass ältere Menschen noch Ziele haben und mittels ihrer Verhaltensweisen eine Stärkung ihrer geistigen und körperlichen Ressourcen bewirken können.

Nach dem Modell des „erfolgreichen Alterns“ ist jeder ältere Mensch fähig zu selektieren, kompensieren und optimieren. Schwachpunkt des Modell ist, dass dieses selektieren, kompensieren und optimieren ausgeprägte Ressourcen des Einzelnen und/oder ein ausgedehntes Netz an differenzierten Hilfen braucht. (Kühn in Biermann et al., 2006, S. 155)



## 5. Methoden

Im folgenden Kapitel soll aufgezeigt werden, wie die quantitative Forschung durchgeführt wurde. In einzelnen Unterkapiteln wird aufgezeigt, wie der Zugang zu der gewünschten Zielgruppe für die Befragungen hergestellt, wie der Fragebogen aufgebaut und am die Datenaufbereitung der ausgefüllten Bögen durchgeführt wurde.

### Das Sampling

Kernteil der Forschung war die Befragung der potentiellen zukünftigen Nutzenden spezieller Wohnformen für alternde Konsumenten/innen psychoaktiver Substanzen. Dafür wurde ein Fragebogen entworfen, der auf die Bedürfniserfragung der Konsumierenden abgestimmt ist. Um die Befragung mit der Zielgruppe durchführen zu können, wurden die Frägbögen an verschiedenen Institutionen in Basel-Stadt verteilt. Diese Institutionen wurden im Vorfeld nach folgenden Kriterien aussortiert:

- Hat die Institution direkten Kontakt mit der gewünschten Zielgruppe
- Ist es keine abstinentenorientierte Therapie- oder Nachsorgeeinrichtung
- Befindet sich die Institution im Kanton Basel-Stadt

Nach Ausschluss der Institutionen die nicht diesen Kriterien entsprechen, blieben die folgenden Institutionen übrig:

- Haus Gilgamesch
- Tageshaus für Obdachlose
- Anonyme Alkoholiker
- Heks Wohnen beider Basel
- Behandlungszentrum Janus
- Gassenküche Basel
- Verein für Gassenarbeit Schwarzer Peter
- ZFS – Zentrum für Suchtmedizin
- Kontak- und Anlaufstellen Basel

Sie wurden von dem Autorenteam dieser Arbeit angefragt, ob sie sich bereit erklären würden, den von uns entworfenen Fragebogen mit ihren Benutzer/innen auszufüllen. Ziel war es, dass so der Datenschutz und die Anonymität der Befragten gewährleistet werden kann. Eine Ausnahme bildeten die Kontak- und Anlaufstellen in Basel. Da ein Mitglied des Autorenteams dieser Arbeit dort arbeitet, war es möglich, die Befragungen persönlich durchzuführen.

Dass die Befragten einer Institution angegliedert sind, war für die Durchführung der vorliegenden Arbeit insofern wichtig, als dass so die Zielgruppe genauer definiert werden konnte. Durch die „Institutionengebundenheit“ verlor so die Dunkelziffer der Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen für diese Forschungsarbeit an Relevanz.

Da die Teilnahme an der Umfrage freiwillig war, wurde im Vorfeld beschlossen, dass die Umfrage in Form einer Stichprobe, wie Horst Otto Mayer sie beschreibt, durchgeführt wird. Dabei wurde, abgesehen von der Institutionsgebundenheit nach dem simple Random-Verfahren, sprich der reinen Zufallsauswahl vorgegangen. Vorteil dieser Methode war, dass keine Kenntnisse über die Zusammensetzung der Grundgesamtheit, in diesem Falle alle Konsumierenden von psychoaktiven Substanzen im Kanton Basel-Stadt, vorhanden sein müssen. Durch das zufallsgesteuerte Auswahlverfahren wird die Repräsentativität der Umfrage durch die Menge gegeben. (Horst Otto Mayer, 2009, S. 60 ff.)

Parallel zu der quantitativen Umfrage wurden verschiedene Gespräche mit Fachpersonen geführt. Diese hatten nicht wie vorgesehen einen klassischen qualitativen Interviewcharakter. Vielmehr entwickelten sich die Gespräche beim vorbeibringen des Fragebogens oder während Telefonaten. Auch wurden während der Tätigkeit in den Kontakt- und Anlaufstellen in Basel direkt auf die Themen Alter, Sucht und Wohnen angesprochen. Die so geführten Gespräche waren in den meisten Fällen nicht geplant und wurden deswegen auch nicht nach einer genauen Methode geführt. Die Aussagen aus den Gesprächen werden in dem Kapitel „Diskussion der Ergebnisse“ in einem späteren Teil dieser Arbeit mit einfließen.

## **Die Datenerhebung**

In diesem Unterkapitel soll erörtert werden, wie die Befragung aufgebaut war und aufgrund welcher Gedanken und Tatsachen die Fragen gestellt wurden. Es soll genauer aufgezeigt werden, wie die Umfrage durchgeführt und die Daten ausgewertet wurden.

Die Ergebnisse der einzelnen Fragen werden im nächsten Kapitel ersichtlich und erörtert sein. Im Anhang befindet sich ergänzend zu diesem Kapitel ein Beispiel des Fragebogens.

### **AUFBAU DES FRAGEBOGENS**

Im folgenden Abschnitt soll dargelegt werden, wie der Fragebogen aufgebaut wurde und welche Gedanken hinter den einzelnen Fragen standen.

Als erstes wurde für den Entwurf des Fragebogens folgende Regeln, die Mayer (2009, S.90) aufführt zur Hilfe genommen:

- Die Fragen sollten einfache Worte enthalten (keine Fachausdrücke oder Fremdwörter)
- Kurze Formulierung der Fragen
- Konkrete Fragen
- Vermeiden, dass bestimmte Antworten damit provoziert werden
- Keine belasteten Worte in den Fragen
- Keine hypothetische Formulierung
- Die Fragen sollen sich auf nur einen Sachverhalt beziehen
- Keine doppelte Verneinung in den Fragen
- Die Fragen sollten den/die Befragte/n nicht überfordern

Damit das Ausfüllen des Bogens nicht zu viel Zeit braucht und die Befragten nicht überfordert sind, wurde auf offene Fragen (keine vorgegebene Antwortmöglichkeit) verzichtet. Es wurden daher halboffene sowie geschlossene Fragen gestellt. Die halboffenen Fragen wurden verwendet, wenn die Aufzählung aller möglichen Antwortalternativen nicht möglich war. So wurde der vorgegebenen Aufzählung noch eine Kategorie „sonstiges“ hinzugefügt. Bei dem grössten Teil der Fragen handelt es sich dennoch um geschlossene Fragen. Dabei wurde, um unwahre Antworten möglichst zu vermeiden neben den Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ ergänzend die Alternative „weiss nicht“ hinzugefügt. (Horst Otto Mayer, 2009, S. 90 ff) Da in den meisten Fällen kein persönlicher Kontakt mit den Befragten stattfand, wurden sie bei einigen Fragen gebeten, ihre Antwort kurz zu begründen. So erhielt das Autorenteam die Möglichkeit, auch ohne direkten Kontakt, einen Einblick in die durch die Fragen hervorgerufenen Überlegungen zu erhalten.

## DIE FRAGEN

Einleitend wurde dem Fragebogen ein kurzer Text vorangestellt. Darin wird beschrieben für was die Umfrage dient und wer sie durchführt. Es wurde darin ausserdem nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig und anonym ist. Es sollte so vermieden werden, dass die Befragten den Bogen unter Zwang beantworten und somit falsche Angaben machen.

Mit der Reihenfolge der Fragen wurde beabsichtigt, den Fragebogen einfach und thematisch sinnvoll zu gestalten. Zu Beginn des Fragebogens wurde mittels geschlossenen Fragen nach dem Alter und der ungefähren Dauer des regelmässigen Konsums gefragt. Das Alter wurde dabei abgestuft in unter 29 jährig, 30-49 jährig und über 50 jährig. Auf eine detailliertere Abstufung wurde verzichtet, da dies von dem Autorenteam nicht als sinnvoll erachtet wurde. Für die vorliegende Alter ist das exakte Alter nicht von hoher Relevanz. Es reichte daher, das Alter in die genannten Abschnitte zu unterteilen.

Bei der Konsumdauer wurde als Antwortmöglichkeit weniger als 1 Jahr, 1-5 Jahre, 5-10 Jahre und mehr als 10 Jahre vorgegeben. Mit der Vorgabe dieser Abstufung wurde beabsichtigt, später einen Zusammenhang zwischen Alter und Konsumdauer herstellen zu können.

Als nächstes wurde erneut mit einer geschlossenen Frage darum gebeten, anzugeben was konsumiert wird. Bei dieser Frage wurde die Option einer Mehrfachantwort angeboten, da in der Regel meist mehrere Substanzen konsumiert werden. Als Antwortmöglichkeit wurden „Alkohol“, „Heroin“, „Kokain“, „Medikamente“ und „Anderes“ vorgegeben. Alkohol, Kokain und Heroin wurden hinzugefügt, da die wohl die bekanntesten Substanzen auf dem Markt sind und gerade Langzeitkonsumierende eine oder mehrere dieser Substanzen konsumieren. Da in der Praxis beobachtet werden kann, dass auch öfter Tabletten wie beispielsweise Ritalin oder Sevre-Long konsumiert werden, wurde die Frage mit der Antwortalternative „Medikamente“ erweitert. Da eine Aufzählung aller psychoaktiven Substanzen den Rahmen der Frage gesprengt hätte, wurde noch die Möglichkeit gegeben, „Anderes“ an zu kreuzen.

Mittels den zwei folgenden Fragen sollte versucht werden, einen Überblick zu erhalten, ob die Befragten einem Methadon- bzw. einem heroingestützten Programm angegliedert sind. Es handelte sich dabei ebenfalls um geschlossene Fragen mit „Ja“ und „Nein“ als Antwortoption. Die beiden Fragen sind zwar für die vorliegende Arbeit nicht von höchster Relevanz. Sollte es aber zu einer konkreten Umsetzung spezieller Wohneinrichtungen kommen, dürfte dieser Aspekt nicht ausser Acht gelassen werden.

Als nächstes wurde nach der aktuellen Wohnsituation gefragt. Dies erfolgte mittels einer halboffenen Frage. Neben den Möglichkeiten „Eigene Wohnung“, „Wohnheim“, „Betreutes Wohnen“ und „Obdachlos“, hatten die Befragten die Option „Anderes“ zur Verfügung. Diese Option wurde mit der Bitte verbunden, zu vermerken, wie ihre aktuelle Wohnform aussieht. Diese Frage ist für die vorliegende Arbeit insofern wichtig, als das daraus interpretiert werden kann, wie gut sich die Befragten in eine strukturierte und geregelte Wohnform einfügen könnten. Dieser Frage liegt daher auch die Hypothese zu Grunde, dass sich beispielsweise Obdachlose anschliessend schwer in eine bestehende, fest geregelte Wohnform einfügen können.

Mittels einer Skalierungsfrage sollte erfasst werden, wie gesund sich die Befragten zu dem Zeitpunkt fühlten, als sie den Fragebogen ausfüllten. Diese Frage sollte sowohl etwas als Auflockerung dienen als auch dazu, später einen Vergleich zwischen Alter, Konsum und gefühlter Gesundheit herstellen zu können.

Als nächstes wurde die Frage gestellt, ob die Befragten schon mal auf Pflege angewiesen waren. In einer Folgefrage wurde ausserdem erfragt, wer diese Pflege übernommen hat. Neben

„Spitalpersonal“, „Spitex“ und „Familie“ gab es auch hier die Option „Andere“ mit der Bitte, diese zu ergänzen. Diese Frage sollte dazu dienen, dass sich die Befragten unbewusst etwas damit auseinandersetzen, was es heissen würde, auf Pflege angewiesen zu sein. Weiter war diese Frage von Bedeutung, um einen kleinen Einblick in das soziale Umfeld der Befragten erhalten zu können.

In der Mitte des Fragebogens erfolgten die beiden für diese Bachelor-Arbeit relevantesten Fragen. So wurde als erstes gefragt, ob sich die Befragten vorstellen könnten in ein „normales“ Wohn- und Pflegeheim zu ziehen und wurden gebeten ihre Antwort zu begründen. Um eine Vergleichsmöglichkeit zu erhalten, wurde in der nächsten Frage gefragt, ob sie sich eher vorstellen könnten in ein Wohn- und Pflegeheim zu ziehen, in dem konsumiert werden darf. Auch hier wurden sie gebeten ihre Antwort kurz zu begründen. Mit Hilfe dieser beiden Fragen kann im Kapitel „Diskussion der Ergebnisse“ eine Gegenüberstellung gemacht werden, ob Konsumierende sich überhaupt vorstellen können, in ein Wohn- und Pflegeheim zu ziehen.

Um etwas über die Bedürfnisse der Befragten zu erfahren, wurde als Folgefrage gefragt, wie die Betroffenen im Alter gerne wohnen würden. Diese Frage wurde gestellt, um einen Einblick zu erhalten, ob die Befragten, im Hinblick auf das älter werden, das Bedürfnis nach Gesellschaft und/oder Familie haben.

Die nächsten Fragen richteten sich danach, welche Rahmenbedingungen für spezielle Wohnformen für alternde Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen gewünscht werden würden. Es wurde dabei wiederum mit einer Skalierungsfrage erfragt wie wichtig der Konsum im Heim den Befragten wäre. Mittels geschlossener Fragen wurde noch erfragt, ob im eigenen Zimmer oder in gemeinsamen Räumen konsumiert werden möchte und ob Freizeitangebote, gemeinsame Essenszeiten und das Halten von Haustieren gewünscht werden würden. Sämtliche Fragen konnten mit „Ja“, „Nein“ und „Weiss“ nicht beantwortet werden. Ziel dieser Fragen war, etwas über die Bedürfnisse der potentiellen Benutzer/innen einer solchen Einrichtung herauszufinden.

#### AUFBEREITUNG DER DATEN

Die erhobenen Daten wurden nach den einzelnen Schritten, wie Mayer (2009) sie aufführt aufbereitet.

In einem ersten Schritt wurden die Antworten codiert. Dabei wurde bei einem leeren Fragebogen den einzelnen Antwortmöglichkeiten Zahlen zugeordnet. Bei der Mehrfachantwort erhielt jede mögliche Antwort eine eigene Zahl und bei halboffenen Fragen wurde auf die einzelnen Antworten unter „Anderes“ nicht genauer eingegangen, sondern dieses als eine Zahl erfasst. Es wurde darauf

geachtet, dass selbe Antworten immer dieselbe Codierung haben. Beispielsweise steht eine „2“ für ein „Nein“ unabhängig um welche Frage es sich handelt.

Nach der Codierung wurden die Fragebogen durchnummeriert und die Daten in eine Exceltabelle eingegeben. Wie Mayer (2009) empfiehlt (S. 107) wurden die so entstandene Datenmatrix auf offensichtliche Fehleingaben (liegen Werte ausserhalb des Codierungsbereiches) überprüft. Aus diesen entstandenen Daten wurden mit Hilfe des Excelprogrammes die Graphiken für das nächste Kapitel erstellt.

Die Bemerkungen, welche die Befragten in den Bogen notierten wurden in einer separaten Datei, mit dem Vermerk der Fragebogennummer aufgeschrieben. So konnte eine Übersicht erstellt und die aufgelisteten Aussagen in dem Kapitel „Diskussion der Ergebnisse“ dieser Arbeit verwendet werden.

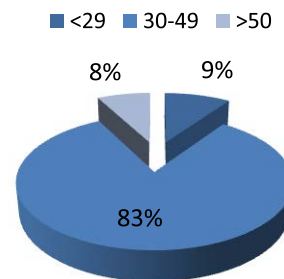
## 6. Ergebnisse

Wie bereits erwähnt, wurden im Vorfeld der Befragung verschiedene Institutionen angefragt. Als es dann um die Durchführung der Befragungen ging, gaben das Haus Gilgamesch, das Behandlungszentrum Janus, die Anonymen Alkoholiker und die Kontakt- und Anlaufstellen in Basel ihre Zusage. Das Tageshaus für Obdachlose hatte zu der Zeit der Befragungen Betriebsferien und der Verein Schwarzer Peter meinte, dass ihre Klienten/innen nicht der Zielgruppe dieser Arbeit entsprechen, weshalb sie ablehnten. Vom Heks Wohnen beider Basel und dem Zentrum für Suchtmedizin erhielten wir trotz mehreren Versuchen keine Rückmeldungen.

Von den 150 verteilten Fragebögen erhielten wir 104 zurück. Zehn davon sind vom Haus Gilgamesch, 42 vom Behandlungszentrum Janus, 15 von den Anonymen Alkoholikern und 37 aus den Kontakt- und Anlaufstellen in Basel. Im Folgenden werden die einzelnen Fragen und die Antworten aus der Umfrage aufgezeigt. Übersichtshalber wird neben jeder Graphik die gestellte Frage aufgeführt.

### **Wie alt sind Sie?**

*Als erstes wurde im Fragebogen nach dem Alter gefragt. Wie aus der Graphik ersichtlich wird, war der grösste Teil (83%) der Befragten zwischen 30 und 59 Jahre alt.*



**Abb. 6: Alter der Befragten**

### Wie lange konsumieren Sie schon regelmässig?

Der 77% der Befragten gaben an, dass Sie bereits mehr als 10 Jahre psychoaktive Substanzen konsumieren. Am zweithäufigsten wurde eine Konsumdauer zwischen fünf und zehn Jahren angegeben.

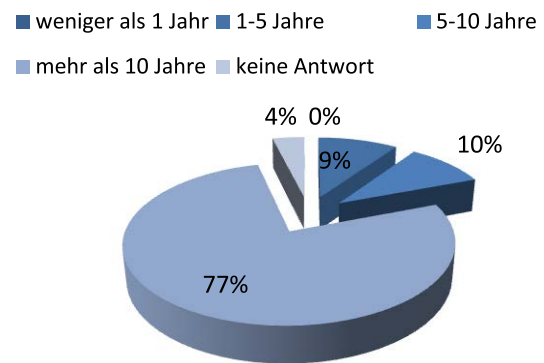


Abb. 7: Konsumdauer der Befragten

### Was konsumieren Sie?

Bei der Frage nach der konsumierten Substanz, wurden die Befragten gebeten, alle Substanzen anzugeben, die sie konsumieren. Der Übersicht halber, wurden diese Angaben in einer Graphik auf die 4 häufigsten Substanzen und zusätzlich auf die Kategorie „Anderes“ zusammengefasst. Es geht daraus hervor, dass Alkohol und Heroin die beiden am häufigsten konsumierten Substanzen sind. Zur Ergänzung dieser Graphik befindet sich im Anhang der vorliegenden Arbeit eine Graphik, in der ersichtlich wird, in welchen Kombinationen die Substanzen konsumiert werden.

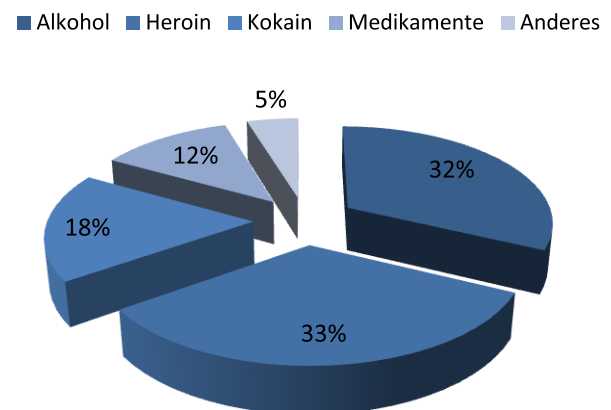


Abb. 8: Konsumierte Substanzen der Befragten

### Sind Sie einem methadongestützten Programm angegliedert?

Wie aus Abb. 9 ersichtlich wird, sind 27% der Befragten einem Methadonprogramm angegliedert.

■ ja ■ nein

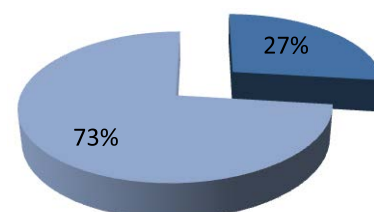


Abb. 9: Teilnahme an einem Methadonprogramm



**Sind Sie einem heroingestützten Programm angegliedert?**

81% der Befragten befinden sich hingegen in einem heroingestützten Programm.

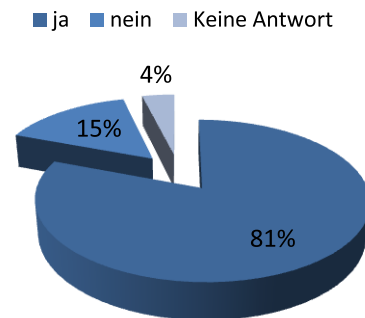


Abb. 10: Teilnahme an einem Heroinprogramm

**Wie wohnen Sie zurzeit?**

67% der Befragten wohnen in einer eigenen Wohnung. 15% haben als Wohnsituation „Anderes“ angegeben. Dabei wurde die Frage meistens mit „Therapie“ oder mit „Eltern“ oder „Kollegen“ ergänzt.

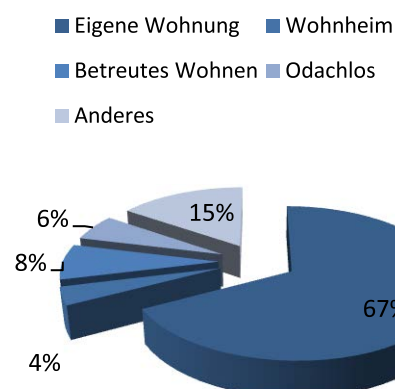


Abb. 11: Wohnsituation der Befragten

**Wie gesund fühlen Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt?**

Bei der Frage nach dem Gesundheitszustand gaben 58% an, dass es ihnen gut- sehr gut ginge und 19 % fühlten sich schlecht bis sehr schlecht.

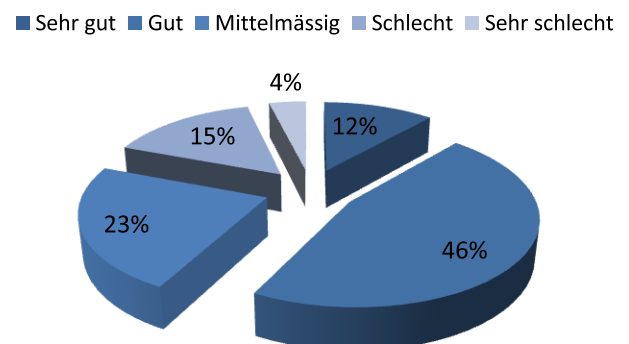


Abb. 12: Subjektiver Gesundheitszustand der Befragten

**Waren Sie schon mal auf Pflege angewiesen?**

Auf die Frage, ob man schon mal auf Pflege angewiesen war, antworteten über die Hälfte (58%) mit ja.

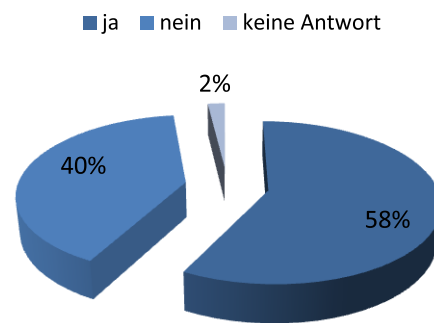


Abb. 13: Waren die Befragten schon einmal auf Pflege angewiesen?

**Falls ja, wer hat diese Pflege übernommen?**

Die benötigte Pflege wurde hauptsächlich (78%) von Spitalpersonal und Heimpflege übernommen. Die restlichen 22% gaben an, von der Familie oder anderen gepflegt worden zu sein.

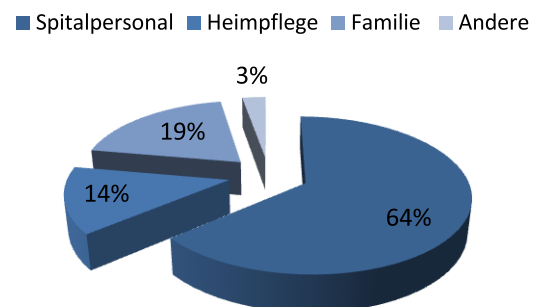


Abb. 14: Wer hat diese Pflege übernommen?

**Können Sie sich vorstellen, einmal in ein Wohn- und Pflegeheim zu ziehen?**

Bei dieser Frage waren die Antworten etwa ausgeglichen. Ca. 1/3 würde in ein Wohn- und Pflegeheim ziehen, ca. 1/3 nicht und 1/3 hat die Frage nicht beantwortet. Als Gründe für, bzw. gegen ein Pflegeheim wurde z.B. angegeben, dass die Befragten ihren Familien nicht zur Last werden möchten und dass es besser sein als alleine zu sterben, bzw. dass das Vertrauen in solche Einrichtungen fehle. (Weitere Aussagen befinden sich im Anhang der Arbeit.)

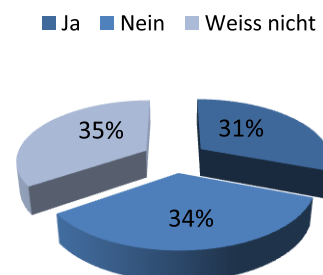
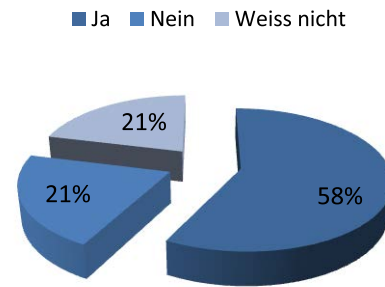


Abb. 15: Bereitschaft der Befragten in ein Wohn- und Pflegeheim zu ziehen

**Würden Sie eher in ein Wohn- und Pflegeheim ziehen, in dem Sie konsumieren dürfen?**

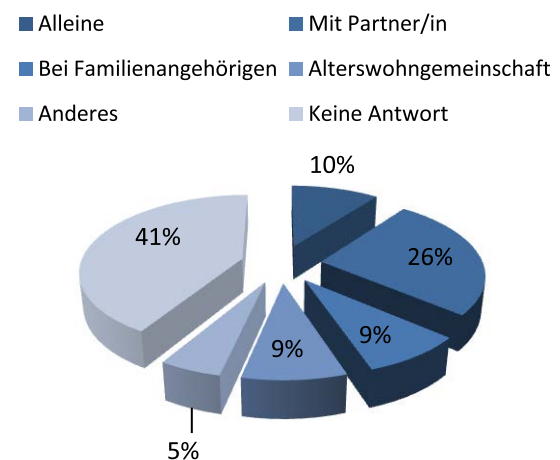
Im Gegensatz zu der vorhergehenden Frage wurde diese Frage von über der Hälfte (58%) mit einem Ja beantwortet. Die Befragten gaben z.B. an, dass sie sich nach einer „Langzeitdrogenkarriere“ nicht mehr ändern wollen/können und dass sie, sollte Konsum nicht erlaubt sein, heimlich konsumieren würden. (Weitere Aussagen befinden sich im Anhang der Arbeit.)



**Abb. 16: Bereitschaft in ein Wohn- und Pflegeheim zu ziehen in dem Konsum erlaubt ist**

**Falls Sie diese Frage mit Nein beantwortet haben, wie würden Sie im Alter gerne wohnen?**

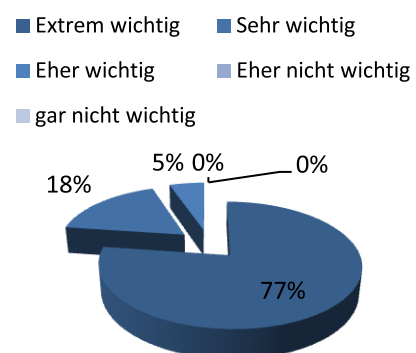
Da sich diese Frage auf die Vorhergehende bezog, wurde sie von 41% nicht beantwortet. Dennoch wird ersichtlich, dass sich 26% der Befragten wünschen, im Alter mit einem/einer Partner/in zu wohnen. Jeweils 9% würden gerne in einer Alterswohngemeinschaft oder bei Familienangehörigen altern. Lediglich 10% hingegen würden es vorziehen alleine zu wohnen.



**Abb. 17: Wunschwohnsituation im Alter**

**Wie wichtig wäre Ihnen der Konsum im Altersheim?**

Bei dieser Frage gaben alle Befragten an, dass ihnen der Konsum im Heim eher wichtig bis hin zu extrem wichtig sei. Dabei bildeten jene, die den Konsum als extrem wichtig bewerteten mit 77% die grösste Menge. Jeweils 0%, also niemand, gab an, dass der Konsum eher bis gar nicht wichtig sei.



**Abb. 18: Wichtigkeit des Konsums im Heim**

**Würden Sie in dem Altersheim in ihrem Zimmer konsumieren wollen?**

66% der Befragten würden sich wünschen, dass sie in einem Alters- und Pflegeheim in ihren Zimmern konsumieren könnten. Mit 15% ist die Anzahl derjenigen die keine eindeutige Antwort, bzw. die es nicht wussten, erheblich kleiner.

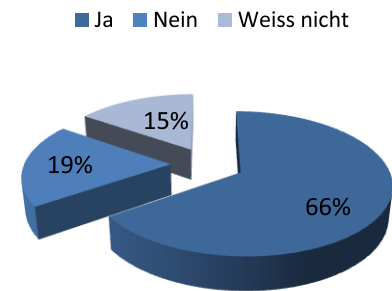


Abb. 19: Konsum im Zimmer?

**Würden Sie in dem Altersheim in gemeinschaftlichen Räumen konsumieren wollen?**

Während bei der vorhergehenden Frage deutlich mit Ja beantwortet wurde, wird diese mit einem deutlichen (48%) Nein quittiert. Auch ist bei dieser Frage die Anzahl derer, die keine Antwort wussten, höher.

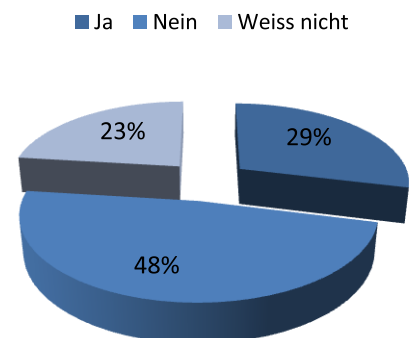


Abb. 20: Konsum in gemeinsamen Räumen?

**Würden Sie Freizeitangebote des Altersheimes nutzen?**

Bei dieser Frage gaben 56% der Befragten an, dass sie angebotene Freizeitaktivitäten nutzen würden. Lediglich 6% waren sich sicher, dass sie solche nicht nutzen würden.

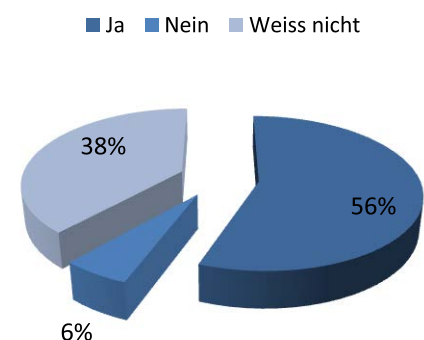


Abb. 21: Würden Freizeitangebote genutzt werden?

**Würden Sie gemeinsame Essenszeiten wünschen?**

Auch die Frage ob gemeinsame Essenszeiten gewünscht würden, wurde von der Mehrheit (56%) mit einem Ja beantwortet. Etwa 1/3 weniger, nämlich 21% beantworteten diese Frage mit einem deutlichen nein.

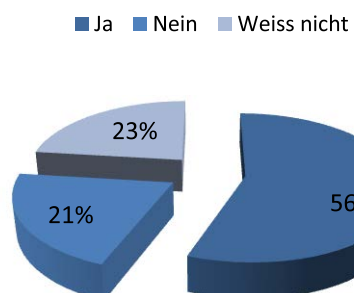
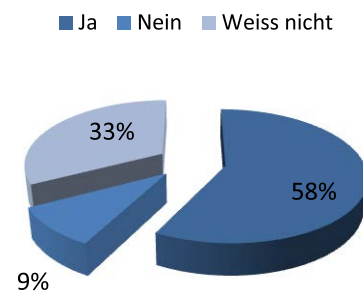


Abb. 22: Gemeinsame Essenszeiten?

**Würden Sie ein Haustier halten wollen?**

*Diese Frage wurde nur von 9% der Befragten mit einem Nein beantwortet. 58% hingegen würden gerne auch in einem Alters- und Pflegeheim ein Haustier halten wollen. Rund 1/3 der Befragten, gaben bei dieser Frage an, nicht zu wissen, was sie möchten.*



**Abb. 23: Sollten Haustiere erlaubt sein?**

## 7. Diskussion

Im Rahmen dieser Arbeit wurde ersichtlich, dass als extreme Folgen des Alkohol- und Drogenkonsums Lähmungen, mehrfache Organschädigung, HIV und Hepatitis, Mangelkrankungen, Bewusstlosigkeit, Verwirrtheit, Delirium, Psychosen, Depressionen, Halluzinationen, Tendenz zu Suizid, Gewalttätigkeit, Enthemmtheit und unstillbares Drogenverlangen auftreten, beziehungsweise bestehen und die Konsumenten/innen möglicherweise mit Kriminalität, Kleindealerei und Prostitution zu tun hatten oder haben. Da die Zielgruppe dieser Arbeit langjährige, ältere Konsumierende von psychoaktiven Substanzen sind, können diese schwereren Folgen und Zusammenhänge als Mass für die benötigte Spezialisierung gesetzt werden.

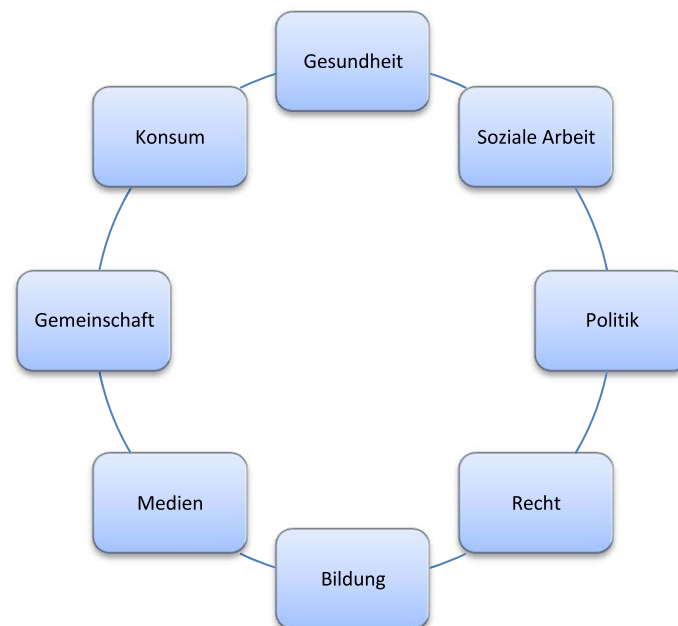
Im folgenden Kapitel soll versucht werden, die Fragestellung „Gibt es im Kanton Basel-Stadt einen Bedarf an geeigneten Wohnformen für alternde Konsumenten psychoaktiver Substanzen“, welche für diese Arbeit leitend war zu beantworten.

Aus dem Kapitel „Alter und Sucht“ geht hervor, dass Konsumenten von psychoaktiven Substanzen dem natürlichen Alterungsprozess etwa 20 Jahre voraus sind. Aus dem Resultaten der Umfrage wird ersichtlich, dass der grösste Teil der Befragten (83%) zwischen 30 und 49 Jahre alt sind. Dies bedeutet, dass man davon ausgehen kann, dass sie einem biologischen Alter von 50 bis 69 Jahren entsprechen. Vom Disengagement-Ansatz ausgehend, bedeutet dies, dass bei Ihnen der biologische Abbau begonnen hat und sie sich langsam, bewusst oder unbewusst, aus der Gesellschaft zurück ziehen. Dadurch verändern sich ihre Rollen in der Gesellschaft erneut. Wie in der Praxis beobachtet werden kann, nehmen Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen ohnehin eine Rolle am Rande der Gesellschaft ein. Erreichen sie nun ein fortgeschrittenes Alter, verändert sich auch ihre Rolle innerhalb der Subgesellschaft der Konsumierenden. So bewegen sie sich zwar noch immer in der Illegalität, aber aus physischer und psychischer Sicht, können sie nicht mehr dieselben (körperlichen) Leistungen bringen. Das heisst, Beschaffungsraub wird anstrengend und Prostitution wird erschwert. Aus Gesprächen mit Benutzerinnen der Kontakt- und Anlaufstellen in Basel geht hervor, dass viele ältere Konsumentinnen (über 40 Jahre alt), sich immer noch prostituieren. Mit zunehmendem Alter wird dies jedoch schwerer, da sie sich entweder selber immer schwerer damit tun, oder weil ihr Körper vom jahrelangen Konsum gezeichnet ist und die Freier „frischere“ bevorzugen. Hinzukommen die Folgeerscheinungen von langjährigem Konsum. Das heisst, eine steigende Toleranz der täglichen Dosis und physische wie psychische Gebrechen. Trotz dieser Gebrechen geben 46% der Befragten an, dass sie sich momentan sehr gesund fühlen. Zieht man an

dieser Stelle die kognitive Alterstheorie heran, würde das heissen, dass das persönliche Empfinden der Befragten zum grössten Teil als positiv gewertet werden kann. Es kann daraus geschlossen werden, dass es den Befragten gelingt, bewusst oder unbewusst, eine Übereinstimmung zwischen ihren Lebenszielen und deren tatsächlichen Erreichens, herzustellen. An dieser Stelle kann die Frage aufgeworfen werden, ob die Lebensziele von Konsumenten/innen psychoaktiven Substanzen denen der nicht konsumierenden ähnlich sind. Wie in dem Unterkapitel „Sucht“ erwähnt wird, kann zwischen Abhängigkeit und Sucht unterschieden werden. Da Abhängige trotz ihres Konsums ein weitgehend normales Leben führen können und somit in der Lage sind, soziale Kontakte zu pflegen, einer Arbeit nach zu gehen und Verantwortung zu übernehmen, werden ihre Lebensziele denen der nicht Konsumierenden gleichwertig sein. Bei jenen die als Süchtig genannt werden, das heisst nicht mehr in der Lage sind dieses „normale Leben“ zu führen, sondern sich alles um die Beschaffung der Stoffe und deren Konsum dreht, schwindet die Wahrscheinlichkeit, dass die Lebensziele als „normal“ einzustufen sind. Zieht man an dieser Stelle Husi mit ein, wird ersichtlich, dass bei den Betroffenen kein gesundes Gleichgewicht zwischen den einzelnen Lebenswelten besteht. Husi erläutert in seiner Theorie, dass Lebensziele für ein Individuum eine Stütze sind, um sich in den einzelnen Lebenswelten positionieren zu können. Es soll damit nicht gesagt werden, dass Süchtige keine Lebensziele haben, sondern dass sie auch diese, bewusst oder unbewusst, nach der Beschaffung der Substanzen und deren Konsum ausrichten.

Führt man sich an dieser Stelle nochmals vor Augen, dass die Weltgesundheitsorganisation Sucht *„...durch die Kriterien des unbezwingbaren Verlangens der Beschaffung und der Einnahme des Mittels...“* (vgl. S.34 dieser Arbeit) definiert, sollte unter diesem Aspekt das Modell von G. Husi (Abb. 3) um den Lebensbereich „Konsum“ erweitert werden. Andere Bereiche wie Unterhaltung, Kunst, Verkehr, Wirtschaft, Militär und Wissenschaft könnten, wie aus Gesprächen mit den Nutzenden der Kontakt- und Anlaufstelle in Basel hervorgeht, vernachlässigt werden. Mit den noch bleibenden Bereichen Gesundheit, Soziale Arbeit, Politik, Recht, Bildung, Medien und Gemeinschaft werden die Konsumierenden gezwungenermassen konfrontiert. Auffällig ist ebenfalls, dass viele jüngere Konsumenten/innen (bis ca. 35 Jahre) in Gesprächen erwähnen, dass ihnen Sport wichtig ist und sie regelmässig Sport treiben. Ältere Konsumierende hingegen erzählten in Gesprächen vermehrt, dass für sie Glaube wieder wichtiger geworden sei. Glaube und Religion sollten in diesem Falle nicht gleichgesetzt werden. Die meisten stritten in den Gesprächen ab, religiös zu sein, konnten aber nicht erklären, was für sie Glaube bedeutet.

Kürzt man nun das Modell von Husi auf jene Lebenswelten, die für alle Betroffenen relevant sind und fügt die Lebenswelt Konsum hinzu, ergibt sich vereinfacht dargestellt, folgendes Bild:



**Abb. 24: Lebensbereiche von Konsumierenden psychoaktiver Substanzen**

Im folgenden Teil soll auf die jeweiligen Bereiche des abgeänderten Modells eingegangen und der Bezug zu der Forschungsfrage hergestellt werden.

## GESUNDHEIT

Wie bereits erwähnt, wirkt sich der Konsum von psychoaktiven Substanzen auf die physische und psychische Verfassung der Konsumierenden aus. So schädigt beispielsweise übermässiger Alkoholkonsum fast jedes körperliche Organ der Konsumierenden. Bauchspeicheldrüsenentzündung, Herz-Kreislauf-Probleme und bösartige Tumore können als Folgen festgehalten werden. Während bei Kokain „nur“ eine hohe psychische Abhängigkeit entsteht, macht Heroin auch stark körperlich abhängig. Der Konsum beider Substanzen kann zu Krampfanfällen führen. Werden die Substanzen intravenös konsumiert, steigert dies das Risiko der Übertragung von Infektionskrankheiten. Das heisst, Konsumierende leiden unter HIV und Hepatitis C. Weiter Symptome können Abszesse und Blutvergiftungen sowie Pilze sein. Diese können zu dem Verlust einzelner Gliedmassen wie Hände oder Beine oder im schlimmsten Falle zum Tode führen. Werden Kokain und/oder Heroin rauchend konsumiert, kann dies eine atemlähmende Wirkung zur Folge haben. Wie in den Kontakt- und Anlaufstellen beobachtet werden kann, verzichten die meisten „Raucher/innen“ darauf, zur Verflüssigung ihrer Substanz das ungefährliche Bicarbonat zu verwenden. Stattdessen reichern sie ihren „Stoff“ mit Ammoniak an. Durch den Konsum gelangt auch dieser direkt in die Lunge der



Raucher/innen. Langjähriger Konsum führt daher früher oder später zu einer Verätzung der Lunge, worauf diese nicht mehr ihre volle Leistung bringen kann.

Werden die Substanzen durch Sniffen eingenommen, kann dies zu einer Schädigung der Nasenscheidenwand führen. Auch hier können, durch gemeinsames Benutzen der Ziehröhrchen Hepatitis und HIV übertragen werden.

Bedenkt man nun, dass die meisten Befragten (77%) bereits mehr als 10 Jahre konsumieren und dass sich die meisten Befragten (83%) im Alter zwischen 30 und 49 Jahren befinden, kann vermutet werden, dass der grösste Teil von ihnen unter einer oder mehreren der oben aufgeführten Erkrankungen leiden. Schliesst man den körperlich bedingten Abbau mit ein, kann davon ausgegangen werden, dass Konsumierende früher auf Pflege und Betreuung angewiesen sind.

#### POLITIK

Wie die meisten Subsysteme sind auch die Konsumierenden von psychoaktiven Substanzen von den politischen Entscheiden beeinflusst. In diesem Falle handelt es sich dabei um das 4-Säulen-, respektive um das Würfelmodell. Die Konsumenten/innen von illegalen psychoaktiven Substanzen bewegen sich in der Regel beinahe täglich in einem der vier Bereiche Prävention, Therapie, Schadensminderung oder Repression. Alkoholabhängige können sich diesem Geflecht eher entziehen, denn durch die Legalität des Alkohols ist es ihnen möglich, diesen in einem Lebensmittelgeschäft oder in einem Restaurant zu beziehen und legal, nach Bedarf auch auf offener Strasse, zu konsumieren.

Bezogen auf die Fragestellung dieser Arbeit, stellt sich dem Autorenteam die Frage, in welchen Bereich der 4-Säulen spezielle Wohnformen für alternde Abhängige psychoaktiver Substanzen fallen würden. Da es sich weder um Prävention, Therapie noch Repression handeln würde, bliebe lediglich der Bereich der Schadensminderung. Als Ziel der Schadensminderung wird aber die Vermeidung offener Drogenszenen angesehen. Da sich die Wohnformen an alternde und/oder pflegebedürftige Konsumierende richten sollen, die kaum mehr einer offenen Drogenszene angehören können, ist auch die Schadensminderung aus Sicht der Autoren dieser Arbeit nicht der geeignete Bereich. Es sei also an dieser Stelle die Frage in den Raum gestellt, würde es, um solch spezielle Wohnformen rechtfertigen und umsetzen zu können, eine Erweiterung des 4-Säulenmodells, bzw. des Würfelmodells bedürfen?

## RECHT

Wie bereits erwähnt sind die meisten konsumierten psychoaktiven Substanzen illegal. Als Folge geraten die Konsumenten/innen unweigerlich mit dem Gesetz und somit auch mit der politischen Säule der Repression in Konflikt. Neben dem illegalen Besitz der Substanzen geraten die Konsumierenden öfters auch wegen ihren weiteren Tätigkeiten in die Illegalität. So gehören für viele Dealereien, Prostitution und Beschaffungsraub wie Einbrüche und Überfälle zu ihrem Lebenswandel. Da aber bereits der Besitz der Substanzen illegal ist, stellt sich hier bezogen auf die leitende Fragestellung dieser Arbeit die Frage, inwiefern das Wohnformen, die den Besitz und allenfalls auch den Konsum von (illegalen) psychoaktiven Substanzen erlauben, gesetzlich geregelt werden kann.

## BILDUNG

Wie bei den meisten Schweizer Bürgern kann davon ausgegangen werden, dass auch spätere Konsumierende von psychoaktiven Substanzen als Kinder und Jugendliche Zugang zu Bildung in Form des obligatorischen Schulbesuches hatten. Wie aus Gesprächen mit Nutzenden der Kontakt- und Anlaufstellen in Basel hervorgeht, haben viele von ihnen zudem eine weitere Schule oder eine Lehre absolviert.

Beginnt nun aber ein Individuum zu konsumieren, kommt es spätestens mit Eintreten des Suchtstadiums mit der Illegalität und somit mit dem Gesetz in Konflikt. Aus dieser Sicht verfügen viele der Konsumierenden über einen Wissensschatz der für „normale“ Bürger/innen in der Regel nicht relevant ist. So eignen sie sich im Rahmen von Dealereien, Überfällen, Einbrüchen und Beschaffungsrauben Kenntnisse über Gesetze und eine Geschicklichkeit an, die für sie wichtig sind. Viele der Konsumierenden waren auch bereits ein- oder gar mehrere Male in einem Gefängnis untergebracht. Diese Erfahrungen und die aus ihrer Sicht notwendigen Kenntnisse unterscheiden viele Konsumierende von psychoaktiven Substanzen im Bereich der Bildung von vielen nicht Konsumierenden. Bezogen auf die Fragestellung und dem eventuellen Entwurf für spezialisierte Wohnformen, sollte dieser Lebenswelt insofern Rechnung getragen werden, dass Konsumierende, durch ihre Erfahrungen oftmals Schwierigkeiten haben, sich an Regeln und Strukturen zu halten.

## SOZIALE ARBEIT

Viele Konsumierende pflegen freiwillig oder unfreiwillig Kontakt zu Sozialarbeitenden. Sei dies weil sie substitutioniert, den sozialen Diensten ihrer Wohngemeinde angegliedert sind oder sich in einer der vier Säulen bewegen. Im Suchtbereich verfügt die soziale Arbeit über ein breites Handlungsfeld. So treffen die Konsumenten von psychoaktiven Substanzen auf Beratungsstellen, im Gefängnis, auf Gemeinden und im Rahmen der Prävention und Öffentlichkeitsarbeit auf sie. Wie in den Gesprächen mit den Nutzenden der Kontakt- und Anlaufstellen festgestellt werden konnte, werden

Sozialarbeitende von den Konsumierenden nicht als solche wahrgenommen. Für die Konsumierenden ist wichtiger, welche Position die Sozialarbeitenden einnehmen und ob sie sie, aus subjektiver Sicht der Konsumierenden, ernst nehmen und ihre Pflichten, wie zum Beispiel das Auszahlen des Geldes, pünktlich erfüllen.

Bezogen auf die Forschungsfrage werden für die soziale Arbeit insofern Handlungsmöglichkeiten ersichtlich, dass Sozialarbeitende, je nach Berufsfeld, die Möglichkeit haben durch den Kontakt zu alternden Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen ihre Bedürfnisse zu erfahren und dieses Wissen bei einer allfälligen Umsetzung von spezifischen Wohnformen verwenden zu können.

## MEDIEN

Die Medien prägen die Lebenswelt der Konsumierenden von psychoaktiven Substanzen insofern, dass sie in der Bevölkerung eine Stigmatisierung fördern oder eine Präventionskampagne unterstützen können. Dabei wirkt sich die Folge davon nicht immer direkt auf die Konsumierenden aus, sondern kann auf politischer und gesetzlicher Ebene erfolgen. Was sich in einem nächsten Schritt wiederum auf Konsumierende auswirkt.

## GEMEINSCHAFT

Wie in dem Kapitel „Ergebnisse“ ersichtlich wird, würden sich viele Befragten in einem Wohn- und Pflegeheim gemeinsame Essenszeiten und Freizeitaktivitäten wünschen. Da solche in der Regel in Gruppen stattfinden, kann daraus geschlossen werden, dass bei den Befragten ein Bedürfnis nach Gesellschaft und nach Normalität vorhanden ist. Da Konsumierende von psychoaktiven Substanzen mit zunehmendem Alter vermehrt durch die Maschen der (Sub)Gesellschaft fallen, wie im Unterkapitel Sucht und Alter genauer erörtert wird, ist dieses Bedürfnis nach „normalen“ gesellschaftlichen Aktivitäten nachvollziehbar.

Als weiterer Indikator für dieses Bedürfnis kann, wie ebenfalls im Unterkapitel Sucht und Alter beschrieben, aufgeführt werden, dass viele alternde Konsumierende nach jahrelangem Kontaktabbruch den Kontakt zu ihrer (Herkunfts)Familie wieder aufnehmen. Da jene, die in der Subgesellschaft der Konsumierenden mittlerweile als alt gelten, einer Generation angehören bei der früher geheiratet und eine Familie gegründet wurde, haben viele der Konsumierenden Kinder. Vielen ist es mit zunehmendem Alter ein Anliegen, diesen Kontakt wieder herzustellen und/oder aufrecht zu erhalten.

Innerhalb der Subgesellschaft kann beobachtet werden, dass ältere Konsumierende eine Randgruppe dieser bilden. Da sie aufgrund des natürlichen physischen und psychischen Alterungsprozesses nicht mehr dieselben Leistungen bringen können, kann beobachtet werden, dass sie mit der Zeit ihren einstigen Status verlieren und von jüngeren abgelöst werden. Dennoch dienen sie von den jüngeren, Miriam Rudin, Dilaver Caynak

die noch nicht über dasselbe Erfahrungswissen (kristalline Intelligenz) verfügen, als Ratgebende. Dies ermöglicht es ihnen, weiterhin eine gewisse Anerkennung zu erhalten und somit ihre Anwesenheit in der Szene zu legitimieren. Diesem Streben nach Legitimation und Anerkennung steht, vom Disengagement-Ansatz ausgehend, das Bedürfnis gegenüber, sich langsam aus der (Sub)Gesellschaft zurückzuziehen. Dieser Rückzug bedingt jedoch nicht die Einsamkeit. Da die meisten Konsumierenden ein sehr kleines bis gar kein soziales Umfeld ausserhalb der Subgemeinschaft der Konsumierenden haben, stehen sie hier, vermutlich eher unbewusst, vor einem Interessenskonflikt. Sie müssen abwägen, ob sie sich aus der Subgesellschaft zurückziehen möchten und so in der Regel die Einsamkeit in Kauf nehmen, oder ob sie sich weiterhin in der Subgesellschaft zu behaupten versuchen möchten.

Bezogen auf die Forschungsfrage bietet der Lebensbereich Gesellschaft eine Herausforderung. So sollten spezifische Wohnformen den Bedürfnissen der Benutzenden gerecht werden können. Das heisst es sollte eine Ausgeglichenheit zwischen Gesellschaft und Ruhe geschaffen werden können. Als weitere Herausforderung stellt sich die Tatsache, dass in den Umfragen Befragte angegeben haben, dass sie nicht mit anderen Konsumierenden im selben Heim sein möchten, aber auch nicht auf den Konsum verzichten können oder möchten.

## KONSUM

Die Lebenswelt des Konsums wurde im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit dem Modell von Husi (Abb. 3) hinzugefügt. Es handelt sich um einen Lebensbereich, der nicht von Beginn an gegeben ist, sondern von einzelnen Individuen selber geschaffen wird.

Befindet sich ein Individuum in dem Suchtstadium kann davon ausgegangen werden, dass sich alles um die Beschaffung und den Konsum des Stoffes handelt. So verlieren die anderen Lebensbereiche an Relevanz und verkümmern. Dadurch entsteht ein Ungleichgewicht, welches den Konsumierenden erst mit zunehmendem Alter bewusst wird. Durch den Drang zu konsumieren werden beispielsweise die sozialen Kontakte vernachlässigt und Gesetzeskonflikte in Kauf genommen. Dies wirkt sich prägend auf das Wohlbefinden der Betroffenen und deren Umfeld aus. Um mit den Vorwürfen und Erwartungen des Umfeldes zu Recht zu kommen, tritt bei Konsumierenden eine scheinbare Gleichgültigkeit sich und dem Umfeld gegenüber ein. Als Folge davon kann das Vergessen angestrebt werden, welches mittels einer höheren Dosis zu erreichen versucht wird. Wie Husi jedoch erläutert, ist ein Gleichgewicht der Lebenswelten massgebend für ein positives Lebensgefühl und das Erreichen von Lebenszielen.

Bezogen auf die Forschungsfrage stellt sich aus diesem Lebensbereich die Herausforderung, Konsumierende auf der psychosozialen Ebene gerecht zu werden. Das heisst, dass innerhalb solcher

spezifischer Wohnformen sowohl die Möglichkeit bestehen sollte zu konsumieren, als auch Unterstützung zu erhalten, sollte der Kontakt zu der Familie wieder aufgenommen werden wollen.

G. Husi bezieht sich in seinem Modell (Abb. 3) nicht nur auf die Lebensbereiche, sondern auch auf institutionelle Gruppensubsysteme. Da für die vorliegende Bachelor-Arbeit auch die institutionelle Ebene, bezogen auf die Möglichkeit der (spezifischen) Wohnformen für alternde Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen relevant ist, wird im folgenden bezogen auf die Forschungsfrage, vertieft auf die bestehenden Institutionen in Basel-Stadt eingegangen.

Wie aus dem Unterkapitel „Situationsüberblick Basel-Stadt“ hervorgeht, gibt es in Basel-Stadt ein breites Angebot an Wohnformen für Konsumierende von psychoaktiven Substanzen. Es geht aber auch daraus hervor, dass die meisten Institutionen oft an die Grenzen ihrer Kapazität stossen. Auch fällt, in Bezug auf die Fragestellung auf, dass es keine Wohnformen für ältere und/oder pflegebedürftige Konsumierende von psychoaktiven Substanzen gibt, die nicht abstinenzorientiert ausgerichtet sind.

Wie aus den Ergebnissen der Fragebögen ersichtlich wird, würden 58% der Befragten in ein Wohnheim ziehen, in dem Konsum erlaubt ist. Nur 31% würden hingegen in ein normales Alters- und Pflegeheim ziehen wollen. Als Gründe dafür wurden unter anderem angegeben, dass, sollte Konsum nicht erlaubt sein, die Betroffenen heimlich konsumieren würden. Es wurde auch die Frage gestellt, weshalb man im Alter nicht mehr konsumieren dürfen/können soll, nach dem man eine „Langzeit Drogenkarriere“ hinter sich hat“. Dem Autorenteam stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob der zurzeit in Wohneinrichtungen vorherrschende Grundgedanke der Abstinenzorientiertheit, bezogen auf den Konsum im Alter, sinnvoll ist.

Betrachtet man die Tabellen 2 – 4 in dieser Arbeit, wird ersichtlich, dass die meisten Institutionen in den letzten Jahren ihre Kapazitätsgrenzen erreicht haben. Nimmt man parallel dazu die Tabelle 5 zur Hand, wird ebenfalls ersichtlich, dass das Alter der Konsumierenden stetig ansteigt. Da mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung und/oder die Auswirkungen der Folgen des Konsums steigt, die vorhandenen Angebote aber ausgelastet sind, stellt sich die Frage, wo Betroffene untergebracht werden können. Spitäler beispielsweise bieten in der Regel die lebensnotwendigen Grundversorgungen und sobald diese gewährleistet ist, werden die Patienten/innen wieder entlassen. Sollte noch eine Wunde gepflegt oder Nachuntersuchungen durchgeführt werden, kann davon ausgegangen werden, dass bei normalen Alten diese Pflege selber oder durch die Familie und/oder Spitex gewährleistet wird. Da Konsumierende, vor allem jene die sich im Suchtstadium befinden, Termine oftmals nicht wahrnehmen und die Körperpflege vernachlässigen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Nachsorge nicht gewährleistet werden kann.

Um dieser Problematik entgegen zu wirken, würde eine spezifische Wohnform, die für eine bestimmte Zeit genutzt werden kann/sollte/muss, reichen. Handelt es sich aber um Konsumierende die aufgrund ihres Alters an verschiedenen Langzeigebrechen leiden, müsste die Wohnform auf Dauerhaftigkeit und den Bedürfnissen der Benutzer/innen entsprechend ausgerichtet sein. Die Bedürfnisgerechtigkeit spielt insofern eine Rolle, als dass die Nutzung dieser spezifischen Wohnformen auf freiwilliger Basis erfolgen soll. Aus Sicht des Autorenteams wäre es nicht sinnvoll eine solche Einrichtung mit einem Zwang zu verbinden, zumal auch die Bereitschaft, wie in den Umfragen ersichtlich wird, eine solche zu Nutzen hoch wäre.

## 8. Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel sollen die wesentlichsten Punkte und Erkenntnisse dieser Arbeit und insbesondere der Fragestellung nochmals aufgegriffen und festgehalten werden. Im Weiteren sollen Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit im Suchtbereich, für den Kanton Basel Stadt und für die Profession der Sozialen Arbeit abgegeben werden. Im letzten Teil des Kapitels wird kurz auf weitere Thematiken verwiesen, welche im Zusammenhang mit dem zukünftigen Bedarf an spezifischen Wohnformen für alternde Konsumenten psychoaktiver Substanzen für die Soziale Arbeit von Bedeutung sein könnten.

### BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG

Die eingangs dieser Arbeit gestellte Frage nach dem allfälligen Bedarf an spezifischen Wohnformen für alternde Konsumenten psychoaktiver Substanzen, kann zusammenfassend wie folgt beantwortet werden:

Sowohl die Ergebnisse der Literaturrecherche (im Unterkapitel Situationsüberblick Kanton Basel-Stadt) wie auch die Forschungsergebnisse (Kapitel 6), haben gezeigt, dass das Durchschnittsalter von Konsumenten/innen psychoaktiver Substanzen steigend ist. 83% der 104 im Sampling befragten Personen sind zwischen 30- und 59 Jahre alt. 77% der Befragten gaben an, dass sie seit mehr als 10 Jahren Drogen konsumieren. In der Begriffsdefinition der psychoaktiven Substanzen, wird aufgezeigt, zu welchen Folgeschäden und Krankheiten langjährigen Drogenkonsums führen kann und die eine Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen können. Die meisten der Befragten sind polytoxikoman abhängig (mehrfach abhängig), was das Eintreten von Krankheiten begünstigt. Die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit steigt also mit zunehmendem Alter der betroffenen Personen und der Dauer des Konsums von psychoaktiven Substanzen. Das bestehende Angebot an Wohnraum für alternde und/oder pflegebedürftige Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen ist im Kanton Basel-Stadt stark beschränkt (siehe Kapitel 2). Bei ca. 1500 Personen im Kanton Basel Stadt besteht eine Heroinproblematik. Bei über 7000 Personen besteht ein mittleres und bei 2500 Personen ein hohes Gesundheitsrisiko aufgrund des Alkoholkonsums. Bei einer Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen wäre das bestehenden Wohnangebote im Kanton Basel Stadt, welches bereits heute an seine Grenzen stösst, viel zu knapp. Die Zahlen lassen den Schluss auf eine zukünftige Zunahme der Anzahl alternde und/oder pflegebedürftigen Konsumierenden von psychoaktiven Substanzen realistisch erscheinen. Somit ist in absehbarer Zukunft auch ein Bedarf an spezifischen Wohnformen für alternde Konsumenten/innen psychoaktiver Substanzen anzunehmen.

Die bestehenden Angebote richten sich an Personen die sozial beeinträchtigt, suchtmittelabhängig und psychisch krank sind. Bei der zu erwartenden Zunahme an Pflegebedürftigen stellt sich nun die Frage, wie mit Hilfe der vorhandenen Ressourcen in dem bestehenden System der Suchtpolitik, aktiv und rechtzeitig die Voraussetzungen für einen erweiterten Bedarf an speziellem Wohnraum geschaffen werden kann. Die Bedeutungen und Möglichkeiten für das entsprechende Handlungsfeld der Sozialen Arbeit werden deshalb in einem nächsten Punkt genauer betrachtet.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Wie im Beschrieb der Ziele dieser Arbeit angekündigt, (Kapitel 1, Ziele der Arbeit) sollen in diesem Teil der Arbeit, mit Blick auf die Resultate der gesamten Arbeit, Empfehlungen abgegeben werden. Die Empfehlungen richten zum einen spezifisch an die Suchtarbeit im Kanton Basel-Stadt und zu anderen generell an die Soziale Arbeit in dem Handlungsfeld der Suchtarbeit.

### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN AN DEN KANTON BASEL-STADT

Im Kanton Basel Stadt könnte es in Zukunft an Angeboten und Plätzen für alternde und/oder pflegebedürftige Konsumenten/innen psychoaktiver Substanzen mangeln. Die Fakten lassen eine Zunahme der Anzahl Pflegebedürftigen erahnen und es sollte zum richtigen Zeitpunkt interveniert werden. Die im Handlungsfeld der Suchtarbeit tätigen Institutionen respektive deren Mitarbeitenden sollten sich untereinander zwecks Zusammenschluss von Know-How und Ideen vernetzen. Die Problematik des zukünftig erhöhten Wohnbedarfs für alternde und/oder pflegebedürftige Konsumenten/innen psychoaktiver Substanzen muss thematisiert werden. Durch den Blick über die Kantonsgrenze hinaus, allenfalls mit Unterstützung des Fachverbandes Sucht und z.B. einer zum Thema passenden Tagung im Infodrog sollte der Anfang für die Thematisierung auch auf politischer Ebene geschaffen werden.

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel erwähnt, stellte sich dem Autorenteam während dieser Arbeit auch die Frage, ob bezogen auf die Thematiken Alter und Sucht der heute bei den meisten Institutionen gängige Abstinenzgedanke gerechtfertigt ist. Aus Sicht der Autoren sollte der Kanton Basel-Stadt, sollten spezifische Wohnformen für alternde und/oder pflegebedürftige Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen umgesetzt werden, in Betracht ziehen für diese, von dem abstinenzorientierten Gedanken einen Schritt abzuweichen.



#### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN AN DIE SOZIALE ARBEIT

Die Zahlen zu der allgemeinen Überalterung der Gesellschaft und der Zunahme der wohl allgemein wachsenden Anzahl an Pflegebedürftigen könnten dabei als Anknüpfungspunkte dienen. In diesem Zusammenhang sollte auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Professionellen der Sozialen Arbeit und Akteuren aus dem Gesundheitswesen wie z. B. der Pflege gesucht und gefördert werden. Allenfalls können dabei bereits bestehende Angebote erweitert werden und es könnten neue Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten geschaffen werden. So zum Beispiel durch ein spezialisiertes Angebot ähnlich der Organisation Spitex.

Will man nun das steigende Durchschnittsalter von Konsumierenden psychoaktiver Substanzen und die damit Verbundenen neuen Problematiken wie der Bedarf nach zusätzlichem Wohnraum für alternde und/oder pflegebedürftige Konsumierende psychoaktiver Substanzen in der künftigen Suchtpolitik berücksichtigen, soll an die Erfahrungen der vergangenen Entwicklungen der Suchtpolitik erinnert werden. Der 3- Säulen Politik mit Prävention, Therapie und Repression folgte mit einer 4. Säule die Schadensminderung. Dank der neuen mehrdimensionalen Betrachtung, man erinnere sich hier an das Würfelmodell (Abb. 5) soll nun berücksichtigt werden, dass Suchthilfemassnahmen nicht immer mit hoher Effizienz und Wirksamkeit umsetzbar sind. Aus ökonomischer Sicht stellt sich natürlich trotzdem und unvermeidbar die Frage, wie durch die bestmögliche Nutzung der bestehenden Ressourcen für die neu benötigten Suchthilfemassnahmen möglichst hohe Effizienz und Wirksamkeit erzielt werden kann. Der ökonomische Aspekt wird nach Ansicht der Autoren dieser Arbeit ein relevanter Punkt in einer künftigen politischen Diskussion sein. Um aus Sicht der Sozialen Arbeit argumentieren zu können, braucht es als Grundlage ein theoretisches Fundament, basierend auf einer Theorie der Sozialen Arbeit.

Als weiteren wichtigen Aspekt, sollte die Soziale Arbeit die Bedürfnisse der potenziellen Benutzer/innen spezifischer Wohnformen für Konsumierende von psychoaktiven Substanzen erheben und vertreten. Angelehnt an das Modell von Husi (Abb. 3) wäre die Soziale Arbeit, nach Ansicht der Autoren dieser Arbeit, auch dafür zuständig, dass den Benutzenden solch spezifischen Einrichtungen die Möglichkeit geboten wird, sämtliche von Husi aufgeführten Lebensbereiche und die darin vorhanden Ressourcen verwenden zu können. Viele der Betroffenen würden diesbezüglich auf Unterstützung durch Professionelle angewiesen sein, da sie sich die nötigen Kenntnisse zuerst wieder aneignen müssten. Durch die Aneignung dieser Kenntnisse und die Erschliessung alter/neuer Ressourcen könnte das Wohlbefinden und Lebensgefühl der Betroffenen verbessert werden, was dem Grundgedanken der Sozialen Arbeit entspricht.

### HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN AUF POLITISCHER EBENE

Wie bereits im dem vorhergehenden Kapitel erwähnt wurde, stellte sich dem Autorenteam während den Recherchen zu dieser Arbeit die Frage, eine Erweiterung des 4-Säulen-Modell, bzw. des Würfelmodells notwendig werden würde. Nach Ansicht der Autoren dieser Arbeit sollte das die Säulen „Prävention“, „Therapie“, „Schadensminderung“ und „Repression“ um eine Säule „Altersversorgung“ erweitert werden. Graphisch vereinfacht dargestellt würde dies folgendermassen aussehen:



**Abb. 25: Das Fünf-Säulen-Modell**

Mittels dem Einfügen und der Umsetzung einer fünften Säule, könnten die einzelnen Bereiche einer Fünf-Säulen-Politik miteinander Verknüpft und koordiniert werden. So würde sich beispielsweise die Möglichkeit bieten spezifische Wohnformen für alternde und/oder pflegebedürftige Konsumenten/innen von psychoaktiven Substanzen einzurichten, ohne dass das Konsumieren oder das Besitzen der illegalen Stoffe innerhalb dieser Einrichtungen eine Repression zur Folge hätte.

### AUSBLICK

Während der Recherche, der Auswertung, der Forschung, den Gesprächen und der Reflektion der geleisteten Arbeit sind verschiedene Themen und Fragestellungen aufgetaucht, deren Bearbeitung lohnenswert und interessant wäre. Einige dieser Thematiken werden hier kurz festgehalten:

### PERSONENORIENTIERTE BEDARFSABKLÄRUNG

Um genauer herauszufinden, welches die Bedürfnisse von alternden und/oder pflegebedürftigen Konsumenten/innen psychoaktiver Substanzen sind und wie sich diese von den Bedürfnissen anderer Pflegebedürftiger unterscheiden, wäre ein Vergleich der verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftiger notwendig und spannend. Eine allfällige Forschungsfrage könnte wie folgt aussehen:

*„Inwiefern unterscheiden sich die speziellen oder erweiterten Bedürfnisse von alternden und/oder pflegebedürftigen Konsumenten psychoaktiver Substanzen gegenüber denjenigen von pflegebedürftigen Patienten ohne Konsum?“*

#### NUTZBARKEIT VON BESTEHENDEN PFLEGEHEIMEN

Die bestehenden Pflegeheime bieten keinen oder nur sehr beschränkten Platz für alternde und/oder pflegebedürftige Konsumenten/innen psychoaktiver Substanzen. Die Abklärung dieser Ursachen und die Frage ob der zu erwartende zukünftige Bedarf an speziellen Wohnraum mit Hilfe dieser bereits bestehenden Institutionen gedeckt werden könnte, könnte ähnlich wie folgt formuliert werden:

*„Inwiefern sind die bestehenden Pflegeheime geeignet, die allenfalls speziellen oder erweiterten Bedürfnisse von pflegebedürftigen Konsumenten psychoaktiver Substanzen zu entsprechen?“*

Aus ökonomischer Sicht und mit der Berücksichtigung der Problematik von zurzeit noch fehlenden finanziellen Ressourcen für die Schaffung von zusätzlichem Wohnraum wären allenfalls Rentabilitätsabklärungen für private Institution und Investitionen ein interessanter Ansatz.

#### BEOBACHTUNG STEIGENDE ALKOHOLPROBLEMATIK

Während dem Schreiben der Arbeit hat das Autorenteam nicht zuletzt auch die Thematik der bereits in der Ausgangslage beschriebenen, offenbar immer noch eher steigenden Alkoholproblematik in unserer Gesellschaft beschäftigt. Spannend könnte nach daher auch eine Untersuchung sein, wie das entsprechende Handlungsfeld der Soziale Arbeit mit den ihr zur Verfügung stehenden Methoden und Möglichkeiten der Beobachtung und Bearbeitung dieser Problematik beitragen könnte.

## 9. Quellenverzeichnis

Alterssiedlungen, Informationen zum Wohnen im Alter.

Gefunden am 04. Mai 2012 unter [www.alterssiedlungen-bs.ch](http://www.alterssiedlungen-bs.ch)

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*.-4th ed., Washington, DC

Angebotsüberprüfung und Bedarfsabklärung im Suchtbereich (2007). *Grundlagenbericht und Institutionsprofile*. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt – Bereich Gesundheitsdienste – Abteilung Sucht

Ausbildungsgang Sozialarbeit ,*Diplomarbeit Alter und Sucht ( Risikofaktoren-Prävention) Kurs TZSA 00/05-2*

Biermann, Benno; Bock-Rosenthal, Erika; Doehlemann, Martin; Grohall, Karl-Heinz; Kühn, Dietrich (2004). *Soziologie – Studienbuch für soziale Berufe*. 4. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Brusa Elke (2011/2012), *Der Suchtbegriff- Theorien und Erklärungsmodelle*, unveröffentlichte Unterrichtsskript, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2006). *Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011*.

Gefunden am 20. April 2012 unter

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/index.html?lang=de>

Eidgenössische Kommission für Drogenfragen [EKDF]. (2005). „*psychoaktiv*“ *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen, Fachbericht Arbeitsversion 2005, Bern*.

Gefunden am 8. Mai 2012 unter:

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00791/index.html?lang=de>

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt – Abteilung Sucht (2011), *Zweiter Jahresbericht Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt*.

Gefunden am 20. April 2012 unter:

[http://www.gesundheitsdienste.bs.ch/as\\_final\\_suchtpolitik\\_und\\_monitoring\\_2011\\_-\\_11-07-15.pdf](http://www.gesundheitsdienste.bs.ch/as_final_suchtpolitik_und_monitoring_2011_-_11-07-15.pdf)

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt – Abteilung Sucht (2007), *Angebotsüberprüfung und Bedarfsabklärungen im Suchtbereich Bericht Grundlagenbericht und Institutionsprofile*.

Gefunden am 20. April 2012 unter:

[http://www.gesundheitsdienste.bs.ch/as\\_final\\_suchtpolitik\\_und\\_monitoring\\_2011\\_-\\_11-07-15.pdf](http://www.gesundheitsdienste.bs.ch/as_final_suchtpolitik_und_monitoring_2011_-_11-07-15.pdf)

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung (2010), *Gesundheitsversorgungsbericht über die Spitäler, Pflegeheime, Tagespflegeheime und Spitex-Einrichtungen*. Gefunden am 12. Juni 2012 unter

<http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsversorgungsbericht.pdf>

Husi, Gregor (2010). *Gesellschaftlicher Wandel*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

Herausforderung Sucht (2010). *Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und Tabakprävention

Höpflinger, François. (2004). *Age Report 2004. Traditionelles und neues Wohnen im Alter*. Seismo Verlag

Höpflinger, François (2009). *Age Report 2009. Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter*. Seismo Verlag

Höpflinger, François; Stuckelberger Astrid (1999). *Demographische Alterung und individuelles Altern*. Seismo Verlag

Kühn, Dietrich (2006). *Alte Menschen. Soziologie der Altersphasen*. In Biermann Benno, Bock-Rosenthal Erika, Doehlmann Martin, Grohall Karl-Heinz, Kühn Dietrich. *Soziologie, Studienbuch für soziale Berufe*, 4. Auflage, München und Basel Ernst Reinhard Verlag

Mayer, Horst Otto (2009). *Interview und schriftliche Befragung*. 5. Auflage, Oldenbourg

Niekrens, Sebastian (2012). *Sucht im Alter – Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive*. Centaurus Verlag und Media KG

Pro Senectute, *Wohnen im Alter*.

Gefunden am 04. Mai 2012 unter [www.bb.pro-senectute.ch](http://www.bb.pro-senectute.ch)

Purcell-Riederer, Bettina (2010). *Illegale Sucht im Alter – wenn Junkies in die Jahre kommen, Bachelorarbeit*, GRIN - Verlag für akademische Texte

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (2009), *Regierungsratsbeschluss vom 23. Juni 2009*.

Gefunden am 12. Juni 2012 unter

<http://www.grosserrat.bs.ch/dokumente/000442/000000442789.pdf>

Roget, Michele; Schielly, Heidi (2005) Alter und Sucht. *Risikofaktoren-Prävention*. Bachelorarbeit der Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

Schaffer, Hanne (2009). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit – Eine Einführung*. 2. Auflage, Lambertus Verlag

Spectra (2008). Newsletter *Gesundheitsförderung und Prävention Dezember 2007– Januar 2008*.

Bundesamt für Gesundheit [BAG].

Gefunden am 26. April 2012 unter

<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html>

Staub-Bernasconi (2009) in Ernst Engelke, Stefan Bormann, Christian Spatscheck, *Theorien der Sozialen Arbeit*, 5. Auflage

Sucht, *Sucht Info Schweiz*.

Gefunden am 25. Juli 2012 unter

<http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/>

Tews, Hans Peter (1971). *Soziologie des Alterns*. Heidelberg: Quelle & Meyer

Vogt, Irmgard (2009). *Süchtige: Alter und ihre Versorgung*. Suchtmagazin 03/2009

Weltgesundheitsorganisation [WHO]. Gefunden am 09. Juni 2012 unter

<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

## 10. Anhang

Substanzen im kurzen Überblick:

	Alkohol	Cannabis	Kokain	Heroin
<b>Wirkung</b>	Je nach Menge von Steigen der Risikobereitschaft bis Bewusstlosigkeit. Gleichgewichtsstörungen, Enthemmung, Verwirrtheit, Erbrechen. Rauschstadium bis Lähmungsstadium	trockener Mund und Kehle, Muskelentspannung, Euphorie, Enthemmung, -gesteigertes Selbstbewusstsein	Aufputschend, leistungssteigernd, Physische/psychische Stimulierend, Euphorie, Kontaktfreudigkeit, Lust- und Potenzsteigernd, Erhöhung von Blutzuckerspiegel	Schmerzmindernd, Minderung von Angst und Depression, Euphorisch, Beruhigend, Flash nach wenigen Minuten
<b>Konsumformen</b>	Trinken Rauschtrinken Versch. Konsummuster	Rauchen, kiffen	Sniffen, koksen, spritzen. Gemischt mit Heroin als Speedball, Cocktail	Suger, Folienrauchen
<b>Psychische Risiken</b>	Alkoholabhängigkeit, Entzugssyndrom, Alkoholdelirium, Alkoholhalluzinose	Motivationsschwierigkeiten, Kognitive Fähigkeiten; Aufmerksamkeitsstörungen etc. Psychosen, Depression	Tief nach Konsum „Crash“, Schlaflosigkeit, Verlust von Interesse an Sexualität/ Nahrung, Depression, Suizidale Tendenz	Phobien, Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen
<b>Physische Risiken</b>	Schädigung aller Organe; Tumore, Herz-Kreislauf, Immunsystem, Nervensystem, Verdauungssystem, etc.	Atemwege, Lunge, Krebs, Einschränkung der Fruchtbarkeit	Tiefe Belastbarkeit, Intelligenzminderung, Gewichtsabnahme, Konzentrationsprobleme	HIV, Hepatitis B/C, Mangelkrankungen
<b>Gesellschaftliche Belastung</b>	Alkoholkonsum als hoher Faktor für gesellschaftliche Belastung im Gesundheitssystem 6/7 Milliarden im Jahr			Beschaffungskriminalität, Beschaffungsprostitution, Kleindealerei, Verwahrlosung
<b>Abhängigkeit</b>	starker Wunsch nach Alkohol, Kontrollverlust, trinken trotz phsy. Folgen, Toleranzerhöhung	Physische und psychische Abhängigkeit	Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Gewalttätigkeit, Aggressivität, Ängste, Verwirrtheit, Kokainpsychose, Halluzinationen, Wahnzustände, Pendelbewegung (coming-down)	Unstillbares Drogenverlangen, Kontrollverlust beim Konsum, starke Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung, Vernachlässigung der Interessen, Fortsetzung des Konsums trotz Gesundheitsschäden
<b>Suchtpotenzial</b>	Mässig bis erhöht	Mässig bis schwach	Erhöht	Hoch

## Guten Tag!

Wir sind zwei Studierende an der Fachhochschule Luzern – Soziale Arbeit. Im Rahmen unserer Ausbildung schreiben wir nun die Bachelor-Arbeit. Gerne würden wir Sie dazu befragen, ob Sie ein Altersheim für Suchtbetroffene in Basel nutzen würden.

Als alternde Süchtige bilden Sie eine Zielgruppe für welche noch kaum Angebote bestehen. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens können Sie Ihre Bedürfnisse und Wünsche in den wichtigen Prozess der Angebotssteuerung einbringen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 10 Minuten und ist anonym. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten wollen, lassen Sie diese ungeniert offen. Ihre Daten werden vertraulich und anonym behandelt.

Wir danken Ihnen im Voraus, dass Sie sich die Zeit nehmen und uns somit unterstützen.

### Wie alt sind Sie?

- ☐ Unter 29
- ☐ 30-49
- ☐ Über 50

### Wie lange konsumieren Sie schon regelmässig?

- ☐ weniger als 1 Jahr
- ☐ 1-5 Jahre
- ☐ 5-10 Jahre
- ☐ mehr als 10 Jahre

### Was konsumieren Sie? (Bitte kreuzen Sie alles zutreffende an)

- ☐ Alkohol
- ☐ Heroin
- ☐ Kokain
- ☐ Medikamente
- ☐ Anderes

### Sind Sie einem Methadon gestützten Programm angegliedert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein



**Sind Sie einem Heroingestützten Programm angegliedert**

- ☐ Ja
- ☐ Nein

**Wie wohnen Sie zur Zeit?**

- ☐ Eigene Wohnung
- ☐ Wohnheim
- ☐ Betreutes Wohnen
- ☐ Obdachlos
- ☐ Andere: .....

**Wie gesund fühlen Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt? (Bitte kreuzen Sie auf der Skala an)**

Top Fit 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Sehr schlecht

**Waren Sie schon mal auf Pflege angewiesen, z.B. als Sie krank waren?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein

**Falls ja, wer hat diese Pflege übernommen?**

- ☐ Spitalpersonal
- ☐ Spitex (Heimpflege)
- ☐ Familie
- ☐ Andere: .....

**Können Sie sich vorstellen, einmal in ein Wohn- und Pflegeheim zu ziehen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiss ich nicht

Bitte begründen Sie ihre Antwort kurz: .....

.....

**Würden Sie eher in ein Wohn- und Pflegeheim ziehen, in dem Sie konsumieren dürfen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiss ich nicht

Bitte begründen Sie ihre Antwort kurz: .....

.....

**Falls diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, wie würden Sie im Alter gerne wohnen?**

- ☐ Alleine
- ☐ Mit Partner/In
- ☐ Bei Familienangehörigen
- ☐ In einer Alterswohngemeinschaft
- ☐ Andere Möglichkeit:.....

**Wie wichtig wäre ihnen der Konsum im Altersheim? (Bitte kreuzen sie auf der Skala an)**

Sehr 

1
---

2
---

3
---

4
---

5
---

6
---

7
---

8
---

9
---

10
----

 Gar nicht  
wichtig wichtig

**Würden Sie in dem Altersheim in ihrem Zimmer konsumieren wollen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiss ich nicht

**Würden Sie in dem Altersheim in gemeinschaftlichen Räumen konsumieren wollen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiss ich nicht

**Würden Sie Freizeitangebote des Altersheimes nutzen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiss ich nicht

**Würden Sie sich gemeinsame Essenszeiten (Frühstück, Mittagessen und Abendessen) wünschen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiss ich nicht

**Würden Sie ein Haustier halten wollen?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiss ich nicht

**Falls Sie noch weitere Ideen/Wünschen an ein solches Heim hätten, schreiben Sie uns diese doch bitte noch kurz hier auf.**

---

---

---

---

---

---

---

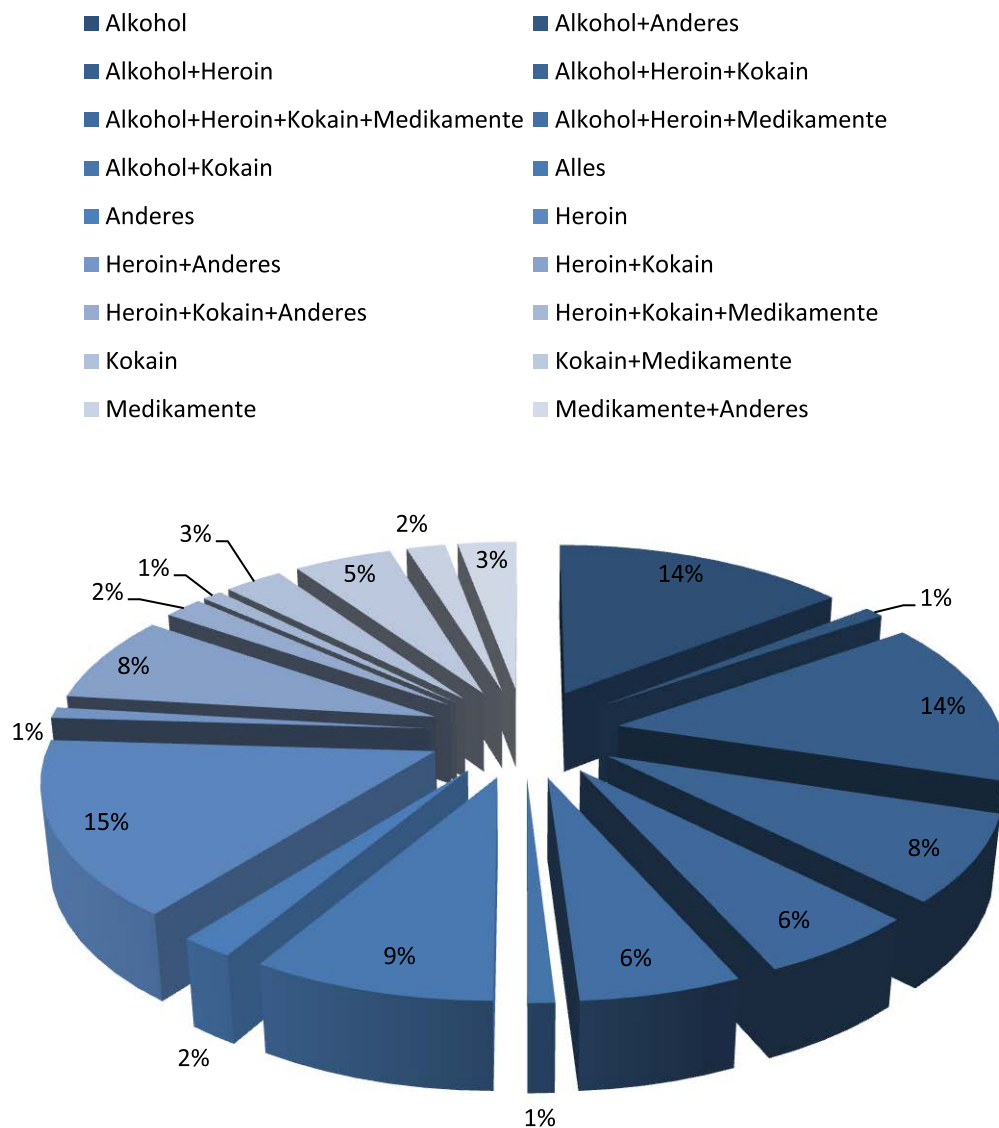
---

---

So, dass wars nun auch schon. Wir bedanken uns nochmals herzlichst für das Beantworten der Fragen und wünschen Ihnen alles Gute.

Miriam und Dilaver

## Überblick über die Konsumkombinationen der Substanzen



## Ergänzungen zu den Ergebnissen

### *„Können Sie sich vorstellen, in ein Alters- und Pflegeheim zu ziehen?“*

- Ich möchte selbständig sein und bleiben
- Ich will meiner Familie im Alter nicht zur Last fallen
- Kommt auf das Heim an
- Keine Erfahrungen um dies einschätzen zu können
- Weil es besser ist, als alleine zu sterben
- Kann ich nicht beurteilen, da es zu weit in der Zukunft liegt
- Erst wenn ich uralt bin
- Das Vertrauen fehlt
- Altersghettoismus! Es macht keinen Unterschied zu Sucht / keine Sucht. Mit jungen Leuten zusammenzuleben hält jung und gesund. Das gleiche gilt für Suchtkranke. Leben Süchtige unter sich, bleiben sie süchtig
- Autonomie durch Betreuungspersonal?!?
- Brauche physische und psychische Unterstützung
- Zu monoton
- In der Regeln nein, aber wenn man darauf angewiesen ist...
- Ich habe bis jetzt immer selbständig mit meiner Tochter gewohnt. Ich weiss noch nicht, ob ich irgendwann auf eine solche Wohnform angewiesen sein werde
- Möchte mal alleine sein
- Solange ich kann, möchte ich einen eigenen Haushalt führen
- Ich bin gerne auf mich selbst gestellt und ich glaube nicht, dass mein Drogenkonsum mich am Leben hindert
- Es würde mir helfen
- Am liebsten würde ich zu Hause sterben. Ich möchte nicht von anderen Menschen abhängig sein oder ihnen zur Last fallen
- Möchte solange es geht selbstständig bleiben und nicht auf Hilfe angewiesen sein. NICHT ausgeliefert sein
- Falls ich keine Familie gegründet habe, die sich um mich kümmern kann
- Regelmässiges Essen, strukturierter Tag
- Keine Vereinsamung
- Besser als alt und einsam in einer eigenen Wohnung, Kontakt zu verschiedenen Menschen (Personal, Klienten, Besuch), Bewegung, Motivation, medizinische Versorgung. Angst hätte ich von Bevormundung und Zwangsmedikamentation. Falls ich meine Ziele erreiche, werde ich bei bester Gesundheit ein erfülltes Leben in Eigenständigkeit verbringen und obige Vorteile ohne Fremde Unterstützung einrichten können
- Ich würde nur in ein Heim ziehen, wenn ich gesundheitlich muss
- Wenn es nötig wird, will ich niemandem zur Last fallen
- Habe ich noch nicht darüber nachgedacht
- Ich würde gerne, sofern überhaupt nötig, von meinen zukünftigen Kindern betreut werden
- Gemeinschaft mit anderen, die das selbe Problem haben

***„Würden Sie eher in ein Alters- und Pflegeheim ziehen in dem Sie konsumieren dürfen?“***

- Wieso soll ich mich im Alter ändern, nach einer Langzeitdrogenkarriere?
- Irgendwann möchte ich Drogenfrei leben
- Ich würde, wenn Konsum nicht erlaubt ist, heimlich konsumieren
- Konsum ist nicht das einzige Kriterium
- Was verboten ist, wird reizvoll
- Solange ich im Heim bin, bin ich auf den Konsum angewiesen
- Die Beschaffung gehört zum Ritual. Fällt das Ritual weg wird das Ganze noch sinnloser
- Will keinen Kontakt zu gassennahen Menschen
- Ich bin Suchtkrank und werde es wahrscheinlich bleiben
- Aber ohne Bezug zu Gassenkonsum
- Ich möchte bis dann definitiv einen Weg aus der Sucht gefunden haben!
- Ich möchte einfach meine Ruhe haben!
- Auf der Strasse konsumieren ist nicht gut
- Wenn ich dann noch lebe und immer noch abhängig bin, will ich es so
- Möchte den Rest meines Lebens geniessen
- In meiner eigenen Wohnung konsumiere ich ja auch. Lieber ehrlich sein
- Ich mache ohnehin keinen Entzug mehr
- Ich kann mir ein Alter ohne Konsum kaum vorstellen
- Kommt drauf an, ob ich bis dahin abstinent wäre, ansonsten ja
- Wenn es mir so schlecht gehen würde, dass ein Pflegeheim nötig wäre, wäre es gut, wenn Bezug vor Ort möglich ist
- Bis dahin möchte ich auf keinen Fall noch etwas konsumieren oder in einem opiatgestützten Programm sein
- Damit es keine Sanktionen gibt, wenn ich mal konsumieren würde

***„Sonstige Bemerkungen“***

- Dass die Partnerin 1-2 mal pro Woche dort übernachten könnte
- Keine Dealerei im Hause
- Eigenes Zimmer in Eigenverantwortung, aber gemeinsame Essenszeiten
- Tagsüber eine Kontaktperson im Hause
- Mitspracherecht bei den Hausregeln
- Ein Altersheim mit Süchtigen finde ich eine sehr gute Idee, aber es gibt Süchtige und Süchtige und manchmal sind sie schwer. Eine andere Idee wäre analysieren, welchen Suchtgrad sie sind und etwas machen wo alle Leute +/- gleich sind. So gibt es nicht so viele Probleme.
- Man sollte selber entscheiden können, ob man konsumieren will oder nicht, da es nicht das einzige Kriterium ist
- Medizinische und finanzielle Unterstützung
- Man sollte keine grossen „Extra-Bedürfnisse“ konstruieren! Das Selbstmitleid gewisser Leute sollte man nicht unterstützen. Ein ganz normales Alters-/Pflegetwohnen mit angegliedertem Substitutionsprogramm ist absolut ausreichen, finde ich. Keine separaten Extraheime sondern heimintegrierte Extra-alles-Substitution

- Konsumieren in einem Altersheim find ich eine gute Idee, weil es vielleicht ein Wunsch ist, noch in fortgeschrittenem Alter konsumieren zu können. Daher ist es eine innovative, gute Idee
- Jung+alt gemeinsam +Tiere, Alle helfen wo sie können (Haushalt, Garten etc.), Selbstversorgung, Gemeinschaft
- Kein Dealen unter Bewohnern
- Infusion fürs Spritzen, Musik/Kreativität, Meditation/Religion o. ä.
- Um Einsamkeit vorzubeugen sind soziale Kontakte wichtig. Jedoch sollte sich niemand gezwungen fühlen bei Aktivitäten mitzumachen, da ja jeder Mensch anders tickt...
- Mit der Partnerin in ein Haus (Wohnung oder Studio mit Pflege)
- Ich würde ein solches Heim ähnlich gestalten wie das Haus Gilgamesch